

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 135

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER LATENT
DE LA VESSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Juin 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André NICOLAS

Né le 15 février 1873, à Saint-Etienne (Loire)

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1900.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1899-190. — N° 135

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER LATENT
DE LA VESSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Juin 1900

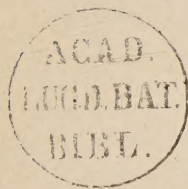
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André NICOLAS

Né le 15 février 1873, à Saint-Étienne (Loire)

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1900.

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
CROLAS. QUESTEUR

PROFESSEURS HONORAIRES MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
		BONDET.
		BARD.
Cliniques chirurgicales.	{	OLLIER.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.		PIERRET.
Physique médicale.		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE.
Parasitologie		LORTET.
Anatomie		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.		RENAUT.
Physiologie.		MORAT.
Pathologie interne		TEISSIER.
Pathologie externe		AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales		MAYET.
Anatomie pathologique.		TRIPIER.
Médecine opératoire.		POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.		ARLOING.
Médecine légale		LACASSAGNE.
Hygiène.		COURMONT.
Thérapeutique.		SOULIER.
Pharmacie.		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUG.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. OLLIER, *Président*; GANGOLPHE, *Assesseur*;
MM. ROCHET et SIRAUD *Agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Les néoplasmes de la vessie, et le cancer en particulier, se traduisent aux yeux du clinicien par des symptômes si caractéristiques, que les méconnaître semble une chose très difficile.

Impossible de se méprendre, par exemple, sur la véritable nature d'une hématurie, quand elle présente tous les caractères que M. le professeur Guyon a si magistralement exposés dans ses leçons.

Mais, d'autre part, on rencontre des cancers de la vessie qui évoluent sans donner lieu aux symptômes classiques de cette affection. Provoquant souvent une autre maladie ou se dissimulant derrière elle, ils sont *latents* et par suite méconnus. Ces cancers ne sont que de simples trouvailles d'autopsie.

Cela n'aurait pas grand intérêt pratique si la clinique n'était arrivée à diagnostiquer ces cancers à manifestations anormales. Mais lorsqu'on se trouvera en présence d'un urinaire à la période cachectique et chez lequel un examen attentif n'aura pu déceler aucune localisation de néoplasme, le praticien sera autorisé à porter le diagnostic de cancer latent de la vessie si, malgré l'absence des symptômes habituellement

rencontrés, *des masses ganglionnaires ont fait leur apparition dans les fosses iliaques droite ou gauche du sujet.*

Il existe des cancers latents de la vessie, on peut en faire le diagnostic, telles sont les idées que nous émettons. Mais, empressons-nous d'ajouter qu'elles risqueraient fort d'être étouffées, encore qu'au berceau, si notre maître, M. le professeur agrégé Rochet, chirurgien major del'Antiquaille, ne venait leur prêter l'appui de son autorité clinique.

En nous remettant un travail basé sur des observations personnelles, il nous a donné une marque particulière de confiance dont nous sentons tout le prix. Nous avons été heureux d'être sous ses ordres et d'entendre ses leçons pendant près d'un semestre à la clinique chirurgicale de M. le professeur Ollier, et nous le remercions ici publiquement d'avoir bien voulu être un de nos juges.

Commencée près de M. le professeur Ollier comme stagiaire, notre éducation chirurgicale s'est continuée pendant encore un semestre d'externat sous la haute direction de ce maître éminent.

Qu'il daigne recevoir ici l'expression de notre gratitude et qu'il nous permette de lui dire combien nous apprécions l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

M. le professeur agrégé Gangolphe, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, M. le professeur agrégé Siraud, nous ont donné à différentes reprises des marques de sympathie et d'intérêt dès le début de nos études médicales, jusqu'à ce jour où ils daignent accepter de faire partie de

notre jury de thèse. Nous leur en garderons une profonde reconnaissance.

Que M. le professeur Pollosson, chirurgien major de l'Hôtel-Dieu, MM. Albertin, chirurgien des hôpitaux, Audry, Rabot, médecins des hôpitaux, auprès desquels nous avons été externe, que tous nos maîtres à la Faculté veuillent bien agréer l'assurance qu'en les remerciant de leurs sages conseils, de leurs savantes leçons, de leur accueil toujours si bienveillant, nous accomplissons un devoir très doux.

Cette étude sur le cancer latent comprendra six chapitres.

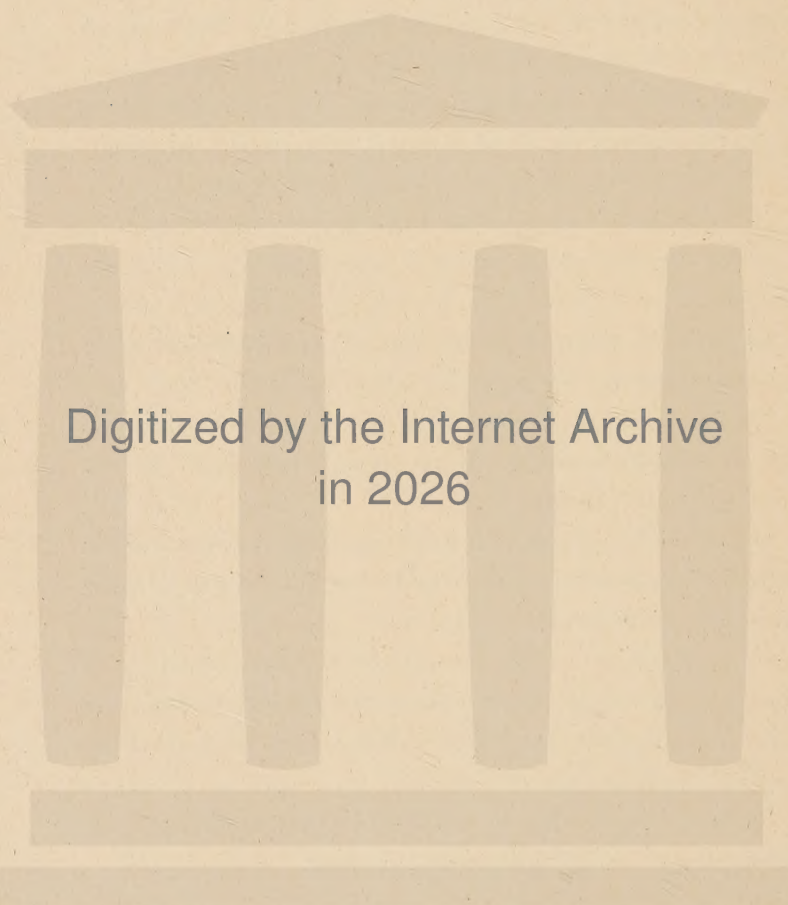
Le premier traitera de l'hématurie considérée comme grand symptôme des néoplasmes vésicaux.

Le deuxième comprendra l'exposé des cas de cancers à manifestations anormales, autrement dit de ceux qui sont latents.

Dans le troisième, on envisagera la possibilité de faire le diagnostic de ces néoplasmes latents par l'entremise des adénopathies iliaques.

Le quatrième et le cinquième seront consacrés à montrer que cette adénopathie iliaque n'est pas une rareté, puisqu'elle a été constatée soit cliniquement soit à l'amphithéâtre.

Enfin, le sixième sera un court aperçu sur les lymphatiques et les ganglions de la vessie.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552411_0001

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER LATENT DE LA VESSIE

CHAPITRE PREMIER

DE L'HÉMATURIE, GRAND SYMPTÔME DES
NÉOPLASMES VÉSICAUX

Il est tout à fait exceptionnel que des tumeurs de la vessie n'aient donné lieu pendant la vie à aucun symptôme et n'aient été découvertes qu'à l'autopsie.

« La contraction presque régulièrement rythmée du réservoir urinaire, comme le dit si bien M. Tuffier ¹, nécessite, en effet, son intégrité anatomique et physiologique ; aussi, dès qu'une altération survient dans cet appareil, se traduit-elle par des symptômes appréciables. »

Tel est le cas pour les papillomes, les adénomes, les carcinomes, les épithéliomas de la vessie, etc., etc., toutes tumeurs dont la symptomatologie a été mise au point par l'école si brillante de Necker, à la suite de son chef, M. le professeur Guyon.

Parmi les signes fonctionnels ou physiques que ces

¹ Tuffier, *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VII, p. 657.

cliniciens se sont plu à détailler, il en est un surtout sur lequel ils insistent particulièrement et qui semble être pour eux capital.

L'hématurie, en effet, est le grand symptôme qui domine toute l'histoire des néoplasmes vésicaux, ou plutôt, suivant l'heureuse expression de M. le professeur Guyon¹, c'est « le pivot autour duquel gravite toute la symptomatologie des tumeurs de la vessie ».

Ne voulant pas faire ici une étude séméiologique complète, nous passerons rapidement sur la douleur, les troubles de la miction, les indications tirées du toucher rectal ou vaginal, les renseignements que le cathétérisme ou la cystoscopie peuvent fournir pour nous attacher uniquement à l'étude méthodique de l'hématurie.

Ce pissement de sang est souvent la première et, pendant longtemps, la seule manifestation à l'extérieur de la maladie. Survenant, au dire des patients, *sans cause appréciable*, il acquiert de ce fait et par l'ensemble de ses caractères, une très grande valeur au point de vue diagnostique, et permet, à lui seul, d'affirmer la présence du néoplasme.

Tout d'abord, l'hématurie est *spontanée*. Arrivant sans être précédée de phénomènes prémonitoires, indépendamment de tout exercice, de tout effort, souvent même après un repos complet, se produisant indifféremment le jour comme la nuit, elle se prolonge, disparaît, puis recommence, sans que l'examen le plus

¹ Guyon, *Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate*, Paris, 1888.

suivi, l'observation la plus attentive ait pu permettre au clinicien de se rendre compte des conditions qui déterminent sa cessation et son retour.

Le même malade qui a eu des hématuries spontanées et a pu se livrer ensuite aux travaux les plus pénibles sans que ces accidents se soient reproduits, les voit revenir, plus marqués que jamais, après un séjour au lit l'obligeant à un décubitus de quelque durée.

C'est, d'ailleurs, sans l'accompagnement *d'aucune douleur* que s'effectue ce pissement de sang. Le malade n'en est le plus souvent averti que par la teinte de ses urines ou les taches de son linge car, dans l'intervalle des hématuries, les urines restent parfaitement limpides, sans mucus ni pus, si ce n'est dans une période très avancée où il y a complication de cystite. Et alors, dans ce cas, il y a des sensations particulières au cours des mictions, des envies plus fréquentes d'uriner, du ténésme vésical, bref, tout le cortège bien connu accompagnant une inflammation de la vessie.

Ajoutons qu'il est encore un autre cas où le patient ressent quelques douleurs, s'aperçoit d'une certaine difficulté dans les mictions, c'est quand exceptionnellement des caillots abondants se sont formés dans la vessie : il en résulte alors une rétention d'urine avec toutes ses conséquences.

Un autre caractère des hématuries qui, lui aussi, a une véritable signification, est leur *abondance*. La perte sanguine est, en effet, toujours considérable. Les malades urinent du sang pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, des mois même, au point d'en arriver au dernier degré de la pâleur, de l'affaiblissement et de la

cachexie. Ils sont exsangues et présentent la teinte cireuse des anémies aiguës.

Bien qu'intimement mêlé à l'urine, *le sang ne colore pas également toutes les mictions* et, sous ce rapport, elles peuvent *varier* d'un jour à l'autre, d'une heure à une autre, quelquefois même l'urine devient absolument claire, entre deux mictions fortement teintées. L'analyse minutieuse permet une constatation encore plus importante. Il semble aux malades que la fin de leurs mictions contient davantage de sang que le commencement. C'est au chirurgien à se rendre compte, *de visu*, du caractère *terminal* de l'hématurie.

« Dans ce dessein, nous dit M. Albarran¹ (et nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter textuellement ce qui suit à son ouvrage), notre maître, M. le professeur Guyon, nous a appris à pratiquer une triple exploration : 1° on fait d'abord uriner spontanément le malade ; 2° on cherche ensuite, par le cathétérisme avec une sonde molle, à surprendre l'hémorragie terminale ; 3° on examine la coloration du liquide qu'on a employé pour le lavage de la vessie.

« Pour le premier point, il est toujours utile de faire uriner le malade au moins dans deux et mieux encore dans trois verres différents. On le prie de verser dans le verre n° 1 les premières gouttes d'urine, de recueillir ensuite dans le second verre le milieu de sa miction et de réserver le troisième verre pour les dernières gouttes d'urine. En examinant les trois verres par transparence,

¹ Albarran, *Traité des tumeurs de la vessie*, Paris, 1892, p. 192.

en ayant soin qu'il y ait dans chacun d'eux la même quantité de liquide pour éviter les chances d'erreur par suite d'une plus ou moins grande épaisseur, il arrive souvent qu'on ne remarque pas de différence entre le premier et le deuxième, tandis que le troisième est manifestement plus rouge. »

« Plus positifs encore sont les renseignements fournis par le *cathétérisme*, avec une sonde parfaitement souple pour se mettre à l'abri de tout soupçon de traumatisme. On recueille le liquide retiré par la sonde dans trois verres séparés, et on compare leur coloration; si les différences ne sont pas très tranchées, après une évacuation complète, on laisse la sonde en place quelques instants en la fermant avec un fausset; puis on débouche et souvent on retirera quelques gouttes de sang rouge, vermeil, fraîchement émises.

« L'exploration précédente doit être complétée par le lavage. En se servant de la sonde molle, on lave largement avec de l'eau boriquée, jusqu'à ce que le liquide revienne à peu près clair. On pousse alors une dernière seringue de liquide qu'on laisse revenir par la sonde en l'examinant attentivement : la première portion du liquide qui sort doit être négligée, car la sonde a gardé dans sa cavité un peu du liquide injecté qui n'a pas pénétré jusque dans la vessie ; mais, cette portion une fois écoulée, on recueille dans un verre une petite quantité du liquide et, l'écoulement fini, on reçoit dans un autre verre les dernières gouttes de liquide qui restent dans l'intérieur de la sonde. Ce sont toujours les plus colorées. »

Ce que nous venons de rapporter montre qu'on ne

saurait faire avec une trop grande attention l'étude de ce symptôme, car la valeur du *saignement terminal* est très grande dans l'étude symptomatique des tumeurs de la vessie.

Notons, pour être complet, que le sang peut, en outre, donner lieu à la formation de caillots qui sont rejetés pendant la miction, ou nécessitent, à cause de leur grosseur, l'emploi de l'aspiration.

Si grande soit la valeur qu'on attache à l'abondance de l'hématurie, il est un autre caractère qui ne lui cède en rien, savoir la durée. C'est, en effet, *la persistance des hématuries*, ce sont leurs renouvellements réitérés qui donnent à ce pissement de sang sa véritable physiologie clinique.

Travail ou repos, station debout ou couchée, médications diverses, rien n'y fait. Le sang se retrouve toujours dans les urines tant qu'on n'a pas supprimé radicalement la cause de sa venue. Il est vrai qu'il y a des rémissions dans la production du phénomène. L'accès d'hématurie terminé, le malade peut rester des semaines, des mois, des années sans aucune hémorragie nouvelle, puis, brusquement, il y a retour du sang jusqu'à une autre interruption, et ainsi de suite.

La *facilité* avec laquelle on peut produire une hématurie, la *disproportion* qui existe entre le résultat amené et la cause déterminante sont également des facteurs non négligeables.

C'est ainsi qu'un cathétérisme explorateur bien fait, non traumatisant, qui détermine un saignement abondant et durable, peut révéler la présence d'un néoplasme qui n'avait été que soupçonné jusqu'alors. Un

cathétérisme évacuateur peut aussi provoquer l'hématurie, nous dit M. le professeur Guyon¹. Il le peut par le fait du contact de la sonde, mais plus particulièrement par la provocation de la contraction vésicale. Dans une vessie hyperémiée, il suffit, en effet, que sa contraction s'exerce à vide pour que le sang s'écoule. Mais, comme cela s'observe dans nombre d'affections qui n'ont absolument rien de commun avec les néoplasmes vésicaux, il est tout à fait urgent d'avoir recours à d'autres symptômes et de ne pas s'attacher uniquement à l'étude d'un seul.

C'est ainsi qu'à la douleur nous demanderons de nous renseigner, toute tardive qu'elle soit, sur l'état de la muqueuse, sur le siège de la tumeur, en nous rappelant toutefois qu'elle a pu faire défaut, alors que le corps de la vessie était envahi dans une grande étendue, tandis qu'elle était très marquée et presque constante pour de petits néoplasmes du col.

La palpation abdominale combinée au toucher rectal ou vaginal, le cathétérisme explorateur, l'endoscopie, nous permettront de recueillir les signes directs démontrant la présence du néoplasme, et encore rien de net, rien de certain ne pourra en être sûrement attendu. On ne devra pas toujours tenir compte des négations que ces procédés d'investigation pourraient fournir. On ne devra même pas se fier à leurs affirmations, car il suffit qu'une contraction partielle vienne déformer une région de la vessie et, en particulier, la

¹ Guyon, *Ann. mal. org. gén.-urin.*, 1886, p. 653.

postérieure, pour qu'une fausse sensation de tumeur soit perçue.

Ce qui semble ressortir de cette étude, c'est que l'hématurie est le seul symptôme ne trompant pas. Ses caractères propres, au cours des néoplasmes de la vessie, ont été résumés de main de maître par M. le professeur Guyon¹ et nous ne saurions mieux terminer qu'en lui empruntant ce qui suit : « Pour qu'une hématurie soit imputable à un néoplasme, il faut qu'elle apparaisse spontanément et disparaisse sans raison appréciable ; il faut que sa répétition ou sa durée témoignent de la permanence de la cause qui la provoque. Le repos le plus rigoureux, la médication la plus active, demeurent sans influence. Dans sa disparition, comme dans sa venue, l'imprévu tient le premier rôle. Ayant comme après, la limpidité des urines est parfaite ; et ce n'est pas seulement leur aspect qui est normal, l'analyse n'y fait rien découvrir.

« Ce contraste rassure les malades et souvent il trompe les médecins, il est cependant significatif. Toutes les fois, en effet, que l'hématurie est le seul symptôme, que la maladie semble commencer et finir avec elle, l'attention doit être en éveil : Il faut craindre une néoplasie. Pour peu que l'accident se renouvelle et dure, en évoluant dans les mêmes conditions, nous avons le droit de penser que la néoplasie existe.

« C'est donc surtout dans les caractères et les variations de l'hématurie que le clinicien doit chercher les éléments principaux du diagnostic des néoplasmes vésicaux.

¹ Guyon, *Diagnostic des affections chirurgicales des reins*, Paris 1891, p. 7.

CHAPITRE II

DE L'EXISTENCE DE CANCERS LATENTS

Après les caractères si tranchés de l'hématurie vésicale d'origine néoplasique, étant donnés les autres symptômes et moyens d'investigation mis à la portée de tout clinicien, il semblerait que faire le diagnostic d'une tumeur de la vessie est, de nos jours du moins, chose facile.

Or, il n'en est rien.

« Il existe, dit M. Albarran¹, des néoplasmes de la vessie que ne révèle aucun symptôme apparent, et qui restent latents jusqu'aux dernières périodes de la maladie. C'est ainsi que certaines tumeurs peuvent passer inaperçues, même dans les services spécialement consacrés aux maladies des voies urinaires, c'est-à-dire après des examens soigneusement pratiqués.

« J'ai fait, deux fois, à l'autopsie, la découverte de tumeurs de la vessie chez des malades que je soignais tous les jours à Necker sans soupçonner leurs néoplasmes. Un de ces malades, même, a été opéré par M. Guyon de la néphrotomie, pour une pyonéphrose du rein droit, et quiconque a vu mon maître examiner

¹ Albarran, *loc. cit.*, p. 269.

un malade ne doutera pas que celui-là n'ait été bien exploré. Après la néphrotomie, cet homme vécut encore plusieurs mois et rien ne pouvait faire soupçonner que sa cystite dépendait d'un néoplasme vésical. »

Voici donc deux tumeurs de la vessie qui ont pu évoluer sans se traduire extérieurement par leurs symptômes habituels. Il est donc permis de les qualifier de *latentes*.

Nous appliquerons également cette épithète à un certain nombre de cancers dont on trouvera plus loin les observations, et qui ont donné lieu, en raison des maladies qu'ils simulaient, à des erreurs d'interprétation.

La découverte de ces cancers est le plus souvent une surprise d'am phithéâtre. Il serait donc possible que les observations de ce genre fussent beaucoup plus nombreuses que le peu que nous en citons, si on avait toujours le soin d'ouvrir la vessie de tous les sujets indifféremment, quelle que soit la maladie à laquelle ils ont succombé.

Les 21 cas de cancers latents que nous rapportons peuvent, au point de vue de la maladie diagnostiquée, se classer de la façon suivante :

9 cas, soit un peu plus du $\frac{1}{3}$, se sont dissimulés derrière des cystites ; 5 cas, ou près du $\frac{1}{4}$, ont été rapportés à des hypertrophies prostatiques ; 4 cas, soit le $\frac{1}{5}$, ont été pris pour de la rétention d'urine ; 3 cas s'accompagnaient de calculs et c'est ce qui a attiré toute l'attention ; les 3 derniers ont emprunté leurs symptômes à des affections très diverses. La tendance plus grande qu'ont eue les auteurs à faire le diagnostic de cystite

alors qu'il s'agissait d'une tumeur, n'a rien qui doive nous surprendre, d'autant plus que l'affection néoplasique y prédispose les malades. « Il y a, en effet, comme le dit M. le professeur Guyon¹, exagération dans la vitalité de l'organe intéressé. La prolifération plus ou moins rapide dont le néoplasme est le siège, le développement remarquable de ses vaisseaux en sont des preuves anatomiques. Quant aux preuves physiologiques, nous les trouvons dans ces hématuries à répétition ou de longue durée, qui sont le symptôme dominant de la maladie ».

« Les néoplasiques sont donc prédisposés à la cystite à cause de l'état congestif dont leur vessie est le siège habituel.

Le savant chirurgien de Necker reconnaît du reste sans peine que si la cystite est assez facile à diagnostiquer, il n'en est pas de même du néoplasme. Souvent la cystite ouvre la série des accidents, n'a par conséquent été précédée absolument d'aucun symptôme, et, par suite, il est très ardu de la rapporter à sa véritable cause.

On pourrait, il est vrai, tenir compte de différents facteurs, comme par exemple du caractère des hématuries, qui ne se retrouvent dans aucune espèce de cystite avec la même abondance et la même persistance. Mais dans les cas que nous citons, il n'y a justement pas eu d'hématurie, ou, si elle a existé, elle a été tout à fait insignifiante.

¹ Guyon, *Annales mal. org. gén.-urin.*, septembre 1886, p. 515.

Pour ce qui est des observations dans lesquelles le néoplasme a été rapporté à une hypertrophie prostatique, l'erreur était très possible.

En effet, « tous les auteurs, dit Pousson¹, qui ont fait des recherches sur le siège des tumeurs de la vessie, s'accordent à reconnaître que leur point de prédilection, quels que soient leur volume, leur forme, est la base, puis le trigone ».

Or, en cherchant parmi nos observations quel est le point le plus souvent atteint, nous trouvons que c'est la base, le bas-fond vésical et la région du trigone. La prostate étant en connexion intime avec la base de la vessie, rien d'étonnant à ce qu'une affection vésicale en impose pour une lésion prostatique. Cela s'expliquerait d'autant plus, que lorsque cette partie de la vessie est attaquée profondément, il y a souvent propagation et infiltration de la prostate, qui atteint alors un volume anormal.

Nous ne nous attarderons pas à discuter les autres cas, dans lesquels soit une rétention d'urine, soit la présence de calculs, ou même une symptomatologie hétéroclite, ont amené une erreur de diagnostic. Les considérations précédentes expliquent suffisamment comment la sagacité clinique d'auteurs éminents a pu être mise en défaut.

¹ Pousson, thèse, Paris, 1884, p.31.

TABLEAU

Des Observations de Cancers

LATENTS

Observations de cancers LATENTS de la vessie.

N ^{os}	AUTEURS Indications bibliographiques	SEXE	AGE	MALADIES TRAITÉES	MALADIES RÉELLES
1	Bergeon, <i>Bull. Soc. Anat.</i> , janv. 1831, n. 6, p. 127.	II	56	Néphrite calculeuse et sciatique. Hématurie légère.	Cancer de la paroi postérieure de la vessie.
2	Civiale, <i>Traité des affections calculeuses</i> , 1838, p. 329.	II	44	Calcul vésical.	Énorme tumeur carcinomateuse et ulcérée. Quelques calculs.
3	Civiale, <i>Mal. des org. gén.-urin.</i> Liv. III, p. 85.	II	50	Rétention d'urine, hémorroïdes. Hématurie légère.	Tumeur carcinomateuse à la base du trigone.
4	Lallemand, <i>in CIVIALE. Mal. des org. gén.-urin.</i> , III, p. 87.	II	35	Rétention d'urine, pyonéphrose. Hématurie faible.	Epithélioma du col.
5	Civiale, <i>Mal. des org. gén.-urin.</i> III, p. 88.	II	44	Calculs.	Tumeur carcinomateuse de la paroi postérieure.
6	<i>Ibid.</i> , p. 95.	II	65	Calculs.	Tumeur carcinomateuse de la paroi postérieure.
7	<i>Ibid.</i> , p. 96.	II	70	Cystite. Infection urinaire.	Tumeur carcinomateuse à l'orifice intérieur de l'urètre et vers le trigone.
8	Costello et Civiale, <i>ibid.</i> , p. 97.	II	»	»	Épithélioma de la face latérale droite de la vessie.
9	Duplay, <i>Gazette médicale de Paris</i> , 1849 p. 353.	II	79	Incurable ne s'étant jamais plaint des voies urinaires.	Cancer du bas-fond.
10	Flurin, <i>Bull. Soc. Anat.</i> , janv. 1863, p. 2.	II	»	Cystite et rétention d'urine.	Cancer du bas-fond.
11	F. A. Hlue, <i>Bull. Soc. Anat.</i> , mai 1880, p. 393.	II	73	Cystite fongueuse avec grosse prostate.	Cancer encéphaloïde de la paroi postérieure.
12	Bruhl, <i>Progrès médical</i> , 1886, 18 sept., n ^o 38, p. 773, 2 ^e s., t. IV.	II	53	Hypertrophie du lobe moyen de la prostate. Calcul enchatonné dans prostate. Hématurie insignifiante.	Tumeur cancéreuse expulsée spontanément.
13	Nicolich, <i>Ann. org. gén.-urin.</i> 1890, p. 241.	II	60	Hypertrophie prostatique. Cystite.	Infiltration cancéreuse de toute la vessie.

Observations de cancers LATENTS de la vessie.

N ^{os}	AUTEURS Indications bibliographiques	SEXE	AGE	MALADIES TRAITÉES	MALADIES RÉELLES
14	Albarran, <i>Traité des tumeurs de la vessie</i> , 1892. Obs. 62, p. 448.	H	62	Prostatisme depuis 7 ans. Cystite depuis 2 ans.	Épithélioma réticulé
15	<i>Ibid.</i> Obs. 66, p. 449.	H	45	Pyonéphrose.	Épithélioma carcinomateux de la paroi postérieure.
16	Poncet, <i>Observat. inédite</i> , 1893.	H	55	Hypertrophie prostatique. Rétrécissement de l'urètre.	Épithélioma ulcéré du col.
17	Adenot, <i>Ann. org. gén.-urin.</i> , 1895, p. 621; <i>Lyon médical</i> , 3 novem. 1895, p. 310.	H	66	Rétention d'urine. Rétrécissement de l'urètre.	Cancer du bas-fond.
18	Brault, in LAFON, Thèse Paris 1898, Obs. XV.	H	66	Athérome certain. Affection rénale douteuse. Affection cardiaque ou aortique possible. Bacilliose au début.	Cancer latent de la paroi postérieure de la vessie.
19	De Gennes et M. V. Griffon, <i>Ann. mal. org. gén.-urin.</i> , 1899, p. 320; <i>Bull. Soc. anat.</i> , juil. 1898, p. 511.	H	60	Mal de Bright.	Épithélioma de la paroi postérieure.
20	Morestin, <i>Bull. Soc. anat.</i> , 1 ^{er} juil. 1898.	H	35	Sarcome ayant pour point de départ le squelette du bassin.	Cancer fruste du bas-fond.
21	Pasteau, Thèse Paris 1898-99. N ^o 117. Obs. 119 inédite, p. 202.	H	49	Rétrécissement chez un blennorrhagique. Abscesses urinaires. Cystite.	Épithélioma ulcéré de la paroi antérolatérale droite et du sommet.
Diagnostiqués cliniquement.					
22	Rochet, <i>Obs. inédite</i> .	H	72	Tumeur du plancher vésical et de la prostate.	Pas de signe de tumeur. Pas d'hématurie. Mais masse dans fosse iliaque droite.
23	<i>Ibid.</i> <i>Obs. inédite</i> .	H	64	Tumeur du plancher vésical et de la prostate.	Rien des symptômes des tumeurs vésicales. Pas d'hématurie. Mais masse dans fosse iliaque gauche.

OBSERVATION I (Résumé Bergeon ¹)

Le nommé R..., âgé de cinquante-six ans, est admis le 13 janvier à l'hôpital Saint-Louis ; il se dit atteint de rhumatismes depuis fort longtemps. Sa complexion est délicate, ses membres sont grêles, les traits de la face sont concentrés vers la ligne médiane. La maigreur est extrême. Le pouls est faible, la peau desséchée ; la langue sèche et rouge à la pointe et sur les bords. Il y a de la constipation. Le malade accuse des douleurs dans les membres pelviens, mais elles sont bien plus vives dans la région des reins. Il ne peut retenir son urine.

Depuis quinze à dix-huit mois, il répond qu'il a eu plusieurs rétentions d'urine, que ce liquide est bourbeux, et enfin qu'il lui est arrivé deux fois de rendre du sang.

La station debout est pénible ; la marche n'a lieu qu'appuyé sur le membre gauche, de même que le décubitus.

Sur la réunion de tous ces symptômes, M. Bielt veut bien ne pas rejeter l'existence d'un rhumatisme, mais il admet en même temps une maladie organique de l'appareil urinaire.

Le lendemain 14 et le surlendemain 15, les douleurs augmentent d'intensité ; la région du rein droit surtout est le siège des douleurs les plus atroces.

Dans la nuit du 15 au 16, le malade est pris d'une hématurie très considérable ; le matin les douleurs étaient un peu moindres, mais le 17 elles avaient repris leur premier degré d'acuité.

Le 18, douleurs rénales plus intolérables encore ; le malade

¹ Bergeon, *Bulletin de la Société anatomique*, janvier 1831, n° 6.

n'a plus uriné de sang et croit même n'avoir plus uriné depuis la veille.

La visite est à peine achevée qu'il rend le dernier soupir. D'après ce qui vient d'être relaté, on croyait avoir affaire à une néphrite calculeuse, mais l'autopsie vient montrer l'erreur.

Les reins sont tout à fait sains.

Quant aux uretères et aux bassinets, ils sont tellement distendus par l'urine qu'ils ont acquis plus de volume que l'intestin grêle.

Le petit bassin est rempli en grande partie par la vessie. Cet organe présente une surface mamelonnée à sa partie supérieure et postérieure; son volume est sensiblement augmenté, son poids l'est beaucoup.

En ouvrant sa cavité sur la ligne médiane, on voit sortir une ou deux cuillerées d'un liquide épais, purulent et de couleur lie de vin; on trouve en même temps un caillot noirâtre, et au-dessous des fongosités qui paraissent appartenir surtout à la face postérieure de ce viscère; sa cavité est extrêmement petite, et l'augmentation de volume dépend de la grande épaisseur des parois, qui ont au moins un pouce et demi en arrière, tandis qu'en avant et en haut elles n'ont que l'épaisseur naturelle.

Un appendice squirreux et sillonné comme la surface d'un chou-fleur part de la partie latérale et supérieure gauche, et va s'appuyer sur l'anneau inguinal de ce côté; enfin une autre masse cancéreuse, plus grosse que le poing, est réunie à la partie latérale droite de la vessie, par le péritoine en arrière, par une portion de l'obturateur interne en avant. Cette masse dure, inégale, bosselée, tend à sortir par la grande échancrure sciatique, et comprime tellement le grand nerf sciatique qu'il en est comme aplati.

Elle se porte en outre sous les muscles psoas et iliaque, qu'elle refoule en dehors.

Enfin une autre portion de cette tumeur cancéreuse appuie sur la symphyse sacro-iliaque droite et remonte un peu le long de la colonne.

La paroi recto-vésicale est tout à fait saine; la prostate et les vésicules le sont également.

OBSERVATION II (Civiale ¹).

Un malade de quarante-quatre ans, qui depuis très longtemps éprouvait du trouble dans les fonctions de la vessie, se fit admettre à l'hôpital Necker.

Je m'assurai qu'il avait une pierre volumineuse et que sa vessie était racornie. Cependant cette dernière faisait saillie à l'hypogastre; mais comme la tumeur était peu considérable et stationnaire, on crut qu'elle tenait à l'épaississement des parois de la poche urinaire.

La lithotritie étant impraticable, le malade subit l'opération de la taille, à laquelle il succomba.

A l'autopsie, on trouve, entre autres lésions, des calculs et de petits abcès dans les reins; la face postérieure de la vessie présentait une énorme tumeur carcinomateuse et ulcérée, qui occupait une partie de l'excavation pelvienne et déjetait le rectum à droite.

¹ Civiale. *Traité des affections calculeuses* (1838) page 329.

OBSERVATION III (Civiale¹)

Un homme âgé d'une cinquantaine d'années, eut, à la suite de la gonorrhée, des difficultés d'uriner, qu'on attribua d'abord à un rétrécissement urétral ; mais, plus tard on reconnut que le canal était libre.

Divers moyens, entre autres des diurétiques, furent mis en usage sans succès. Il y avait des douleurs au fondement : l'urine était fétide et sanguinolente ; il survint une rétention d'urine, et l'on eut beaucoup de peine à introduire la sonde, qui donna lieu à un écoulement de sang.

L'évacuation de la vessie soulagea peu et les douleurs augmentèrent : on crut à des hémorroïdes, que l'on combattit par des sangsues à l'anus, mais sans obtenir aucun résultat. La présence de la sonde était pénible.

Il se déclara de la fièvre, du ténesme et des mouvements convulsifs dans les jambes.

On sentait la vessie s'élever au-dessus du pubis, mais les hémorroïdes ne permettaient pas d'explorer le rectum.

Le malade mourut dans le délire, après avoir été trois jours sans uriner.

La tumeur de la région hypogastrique, qui s'élevait jusqu'à l'ombilic, était formée par la vessie.

Celle-ci contenait des caillots de sang, réunis en une masse du volume des deux poings.

Au côté gauche de la base du trigone était une tumeur carcinomateuse, de la forme et du volume d'une grosse pomme, dure

¹ Civiale, *Maladies des organes génito-urinaires*, livre III., page 85.

et rénitente à la base, mollassse et inégale au sommet, où l'on voyait des fongosités rougeâtres, faciles à déchirer.

Plusieurs incisions pratiquées dans cette tumeur montrèrent que la substance en était blanchâtre et d'une dureté presque tendineuse à sa base. Le col de la vessie, l'urètre, les uretères et les reins étaient sains.

OBSERVATION IV (Lallemand ¹)

Un négociant contracta une blennorrhagie à l'âge de vingt-cinq ans. A dater de ce moment, difficulté d'uriner, nécessité d'introduire des sondes, douleurs, fièvre, troubles généraux qui amènent un grand amaigrissement. Croyant reconnaître une coarctation, on appliqua le caustique, qui ne fit qu'aggraver les accidents.

La rétention d'urine devint complète : il fallut recourir à l'algalie ; on fit fausse route à la partie supérieure du col vésical.

Quelques jours après, un abcès se forma dans le scrotum ; on l'ouvrit, mais le malade ne fut pas soulagé ; les accidents locaux et généraux s'aggravèrent ; la mort eut lieu.

A l'autopsie, on trouva le rein gauche sain, mais le droit était bosselé, inégal, doublé de volume, blanchâtre, très mou, facile à déchirer, et contenait une trentaine d'abcès plus ou moins avancés.

L'uretère du même côté était épais, noirâtre et sans consistance. La vessie, vaste, avait des parois épaisses ; sa membrane muqueuse était rouge, rugueuse et dense.

A partir du col, toutes les membranes étaient transformées en une substance squirreuse, lardacée, offrant derrière la prostate 2 pouces d'épaisseur, et s'étendant, en forme d'entonnoir, à 3 ou 4 pouces dans tous les sens.

La surface interne de cette espèce de godet était inégale, hérissée de végétations très saillantes, en forme de choux-fleurs.

¹ Lallemand, *in* Civiale, *Mal. des org. gén.-urin.* Paris 1848. Tome III, p. 87.

La portion prostatique de l'urètre présentait la même altération cancéreuse, et paraissait avoir 4 pouces d'étendue, à cause de l'oblitération d'une partie de la vessie par la tumeur.

La prostate était parfaitement saine, petite, ferme et aplatie.

Derrière le bulbe de l'urètre, il y avait une tumeur cancéreuse, du volume d'une noisette, occupant la partie inférieure du canal, dont la membrane muqueuse était détruite sur les points correspondants.

OBSERVATION V (Civiale ¹)

Le nommé P., âgé de quarante-quatre ans, et d'une forte constitution, entra en 1834, à l'hôpital Necker, pour y subir la lithotritie. Ce malade souffrait depuis longtemps de la pierre, mais les douleurs avaient d'abord été légères et séparées par de longs intervalles ; il avait fallu qu'elles prissent beaucoup d'intensité pour vaincre l'aversion que lui inspirait toute espèce d'opération chirurgicale. Au moment de son admission, la santé générale était encore bonne, quoique les besoins d'uriner fussent très rapprochés, que la sortie de l'urine causât de fortes douleurs, et que ce liquide fût très chargé de mucosités.

Le cathétérisme fit connaître que la vessie contenait une grosse pierre, qui paraissait néanmoins s'engager en partie dans le col, ce qui indiquait qu'elle avait une forme allongée et qu'elle offrait une extrémité peu volumineuse, ou que le col de la vessie était fort dilaté.

Je fus frappé de la saillie que le corps de l'organe faisait à la région hypogastrique. C'était une tumeur arrondie, soulevant les téguments, que l'on distinguait nettement par le toucher, et faisant penser ou que le calcul avait beaucoup de volume, ou que la paroi vésicale possédait une grande épaisseur.

Du reste, il n'y avait rien de particulier ni dans le caractère des douleurs, ni dans l'état général du sujet, ni dans les qualités de l'urine. Le volume présumé de la pierre et le racornissement de la vessie me faisaient seulement craindre que la lithotritie

¹ Civiale, *Traité des maladies des organes génito-urinaires* 1848, tome III, p. 88.

fût impraticable. D'autant plus que, l'urètre étant étroit, il n'y avait pas moyen d'employer de gros instruments.

Toutefois, je parvins à saisir et à fixer le corps étranger ; mais le malade souffrit beaucoup : il survint un engorgement du testicule.

Je crus donc ne devoir point insister sur l'application de la nouvelle méthode, dont le succès était au moins douteux.

La cystotomie fut proposée quelque temps après et accueillie par le malade. Mon confrère, M. Laugier, la pratiqua par le procédé bilatéral.

L'extraction de la pierre ne présenta rien de particulier, à l'exception d'un écoulement de sang, qu'on arrêta par les astringents et une compression légère. L'opération fut aussi simple et aussi prompte que possible.

Pendant les premiers jours, il ne survint pas d'accidents, mais on remarqua qu'il ne se faisait aucun travail du côté de la plaie et que la réaction était nulle. Le malade mourut le 9^e jour.

À l'autopsie, on découvrit deux calculs et quelques petits abcès dans les reins. La paroi postérieure de la vessie était envahie par une énorme tumeur carcinomateuse, ramollie au centre, où se trouvait une caverne qu'on eût pu prendre pour la vessie elle-même, dont la cavité réelle était située au-devant et au-dessus de la masse cancéreuse. C'était cette cavité vésicale, presque entièrement occupée par la pierre, qui faisait tumeur à l'hypogastre ; elle était soulevée et rendue saillante par la masse cancéreuse de la paroi postérieure.

OBSERVATION VI (Civiale¹).

Un homme, âgé de soixante-cinq ans, et fortement constitué, souffrait depuis longtemps de la pierre, dont l'existence n'avait cependant point été reconnue, malgré plusieurs explorations faites à ce sujet avec des sondes droites et des sondes courbes. On se contenta de prescrire des moyens propres à calmer l'irritation de la vessie, mais dont l'usage prolongé n'amena aucun résultat.

Le malade prit le parti d'entrer à l'hôpital Necker le 10 décembre 1832.

Je m'assurai, par le cathétérisme, que la vessie contenait une grosse pierre, que, d'autre part, la prostate était fort volumineuse, enfin que la poche urinaire et l'urètre saignaient avec une grande facilité.

Ces premières notions ne me laissaient guère de doutes sur l'impossibilité d'appliquer la lithotritie.

Un traitement médical, sous l'influence duquel l'irritation déterminée par la présence des calculs se calme presque toujours, au moins pour un certain laps de temps, ayant été inutile, il fallut songer à faire choix d'un procédé opératoire.

Le malade se décida d'autant plus promptement à subir la cystotomie, que cette opération ne lui causait pas trop d'effroi, et qu'elle réunissait en effet des chances favorables.

Elle fut faite par l'hypogastre, mais présenta quelques difficultés; l'extraction de la pierre fut surtout longue, malgré la dextérité du chirurgien qui la pratiquait.

¹ Civiale, tome III, p. 95.

La mort eut lieu le septième jour.

A l'autopsie, on trouva une énorme tumeur carcinomateuse occupant la face postérieure et le côté gauche de la vessie, et formant une saillie qu'on aurait pu sentir par l'hypogastre, si le malade eût eu moins d'embonpoint, et si l'on eût été conduit par le moindre indice à faire des recherches minutieuses de ce côté.

La partie de cette tumeur saillante dans la vessie, était ramollie et ulcérée, tandis que celle qui se trouvait confondue avec les parois de l'organe avait une dureté considérable.

OBSERVATION VII (Civiale¹).

Le 11 mars 1839, se présenta à la consultation de l'hôpital Necker un ancien militaire, D..., âgé de soixante-dix ans, qui, depuis plus d'une année, souffrait du côté de la vessie.

Les douleurs, toutefois, n'avaient pas de caractères constants. On employa d'abord divers calmants, puis on eut recours aux eaux de Vichy.

Les urines, jusque-là troubles, reprirent une couleur citrine; mais, malgré l'usage des eaux, continué pendant six mois, le malade fut si peu satisfait de son état, qu'il prit le parti de se faire admettre à l'hôpital.

Il était faible, sans appétit ni sommeil, avec des besoins d'uriner fréquents, des douleurs vives pour y satisfaire, et du dévoiement. Je me bornai à calmer les douleurs de la vessie par un traitement médical approprié, ne me dissimulant pas qu'il y avait peu d'espoir à fonder sur une constitution si minée.

Plusieurs fois on introduisit la sonde pour savoir si la vessie se vidait bien. On n'obtint qu'un léger soulagement qui ne se soutint même pas; le hoquet survint et le malade mourut.

A l'autopsie, on trouva dans le rein gauche, trois vastes foyers purulents : l'uretère du même côté était dilaté et plein de pus; il présentait deux rétrécissements marqués : l'un à la partie moyenne et l'autre à l'orifice vésical.

Les parois de la vessie étaient hypertrophiées.

On rencontra dans ce viscère du pus et quelques graviers.

¹ Civiale, *Maladies des organes génito-urinaires*, livre III, p. 96.

A l'orifice interne de l'urètre et sur le trigone, du côté gauche, était une tumeur cancéreuse, peu saillante, mais évasée et à bord relevés, d'où s'écoulait un ichor extrêmement fétide.

Au côté droit du col vésical, on remarquait une autre petite tumeur arrondie et pédiculée. Le passage du fungus à l'état cancéreux était ici très prononcé; mais, pendant la vie, on n'avait aperçu aucun symptôme propre à faire soupçonner ni un fungus, ni un cancer.

OBSERVATION VIII (Civiale¹).

En faisant des recherches anatomiques à l'hôpital Beaujon, nous avons trouvé en 1828, M. Costello et moi, un cas de cancer fort remarquable, qu'on n'avait pas soupçonné pendant la vie.

Dans la région de l'aîne, du côté droit, existait une tumeur du volume des deux poings, formant saillie dans la cavité abdominale, et aussi dans la vessie, dont les parois étaient en partie envahies, ainsi que l'uretère.

On remarquait dans cette tumeur les divers degrés de la dégénérescence carcimonateuse, et sur quelques points le ramollissement était si avancé, qu'on sentait de la fluctuation; elle renfermait un liquide d'apparence crémeuse, bien qu'il fût impossible de découvrir les voies de communication entre la vessie et l'intérieur de la tumeur.

Celle-ci, du reste, avait déplacé la vessie, qui se trouvait vis-à-vis le trou sous-pubien gauche; le col vésical et l'urètre, qui avaient été rejetés aussi du même côté, participaient, ainsi que le tissu cellulaire voisin, à la lésion qui avait respecté le canal intestinal.

¹ Civiale, *Maladies des organes génito-urinaires*, 1848, livre III, p. 97.

OBSERVATION IX (Duplay¹).

Homme âgé de soixante-dix-neuf ans, qui succombe à l'hospice des incurables, sans s'être jamais plaint des voies urinaires.

L'autopsie a montré, outre des tubercules dans les poumons, une production fongueuse au bas-fond de la vessie, production formée par une foule de filaments très larges, très ténus et très ramifiés.

Ces filaments ont leur siège dans la membrane muqueuse. Ils renferment dans leur sein des cellules cancéreuses terminées par des prolongements caudiformes.

Les autres parties des voies urinaires étaient à l'état normal.

Duplay, *Gazette médicale de Paris*, 1849, p. 353.

OBSERVATION X (Flurin¹).

Malade entré à la maison municipale de santé au mois de décembre 1862, pour se faire traiter d'une cystite dont il faisait remonter le début à trois ou quatre mois. Il en souffrait peu, disait-il, mais il était atteint de rétention d'urine et se sondait lui-même.

A son arrivée à l'hôpital, il était déjà notablement affaibli et émacié ; il y est mort après un séjour de moins d'un mois.

A l'autopsie, on a constaté l'existence d'une tumeur occupant tout le bas-fond de la vessie, mais plus développée à gauche qu'à droite, et intéressant aussi une portion de la région postérieure.

L'uretère gauche était très dilaté et rempli d'urine jusqu'au niveau du rein, qui lui-même, était évidemment enflammé.

La tumeur, dans laquelle le microscope a démontré l'existence de cellules cancéreuses, s'était développée dans la paroi même de la vessie, de façon à obstruer l'orifice de l'uretère gauche. L'organe malade n'avait contracté aucune adhérence avec le rectum. La prostate était saine.

¹ Flurin, *Bulletin de la Société anatomique*, janvier 1863, p. 2.

OBSERVATION XI (F. A., Hüe¹).

Jean E., soixante-treize ans, entre, le 12 mai 1880, au n° 26 de la salle Saint-Victor, dans le service de M. Gillette, à Bicêtre.

Depuis cinq mois, il s'est aperçu qu'il s'affaiblissait et maigrissait assez rapidement; depuis deux mois seulement, il a commencé à souffrir du côté du bassin : c'étaient des pesanteurs, puis des douleurs assez vives, contondantes, parfois même brûlantes, irradiant dans toute la région et provoquées par les émissions d'urine.

Cette douleur s'exaspérait à la fin de la miction et atteignait alors son maximum au méat urinaire. *Jamais, avant son entrée dans notre salle, il n'avait eu d'hématuries, jamais son linge n'était taché de sang*; lui-même l'assure et les renseignements pris à cet égard sont formels. Dans les derniers temps, les urines étaient parfois peu colorées; d'autres fois, surtout le matin et le soir, elles étaient chargées et contenaient un peu de matière puriforme, blanchâtre. La constipation était habituelle et difficilement vaincue par les purgatifs et les lavements. L'appétit allait s'amoindrissant en même temps qu'apparaissait une soif continue et, à son entrée, le malade présente un aspect cachectique assez marqué, sans coloration spéciale de la peau, de teinte blafarde.

Rien dans les antécédents héréditaires. Une hémorragie assez légère, paraît-il, d'une durée d'un mois, vers l'âge de vingt

¹ F. A. Hüe, interne des hôpitaux, *Bulletin de la Société anatomique*, mai 1880, p. 393.

ans. On ne sait s'il y eut des coliques néphrétiques. Pas de graves maladies antérieures.

Quelques jours avant l'entrée à l'infirmierie, l'écoulement de l'urine devint involontaire et presque continu. A l'entrée, on constate une hyperesthésie générale; le malade est très irritable et semble beaucoup souffrir de l'introduction de la sonde. Le cathétérisme s'opère facilement et donne issue à de l'urine sanglante contenant des flocons grumeleux, blanchâtres, analogues à ceux qui se déposaient depuis quelque temps en grande quantité au fond du vase. Le toucher rectal, par lequel on croyait arriver sur une grosse prostate, permet de sentir une masse dure, large, située assez haut et comprimant le rectum; on diagnostique : cystite fongueuse avec grosse prostate, et on pratique le lavage de la vessie un moyen d'une solution saturée d'acide borique.

Dans la journée, le malade a quelques frissons, la bouche devient sèche et la température monte à 39°5. Bain; sulfate de quinine 60 centigrammes; capsules de térébenthine.

Ce premier cathétérisme ayant peu réussi, on s'abstient de le renouveler les jours suivants. L'urine, de plus en plus épaisse, visqueuse, et de moins en moins abondante, présente un dépôt puriforme et sanguinolent. L'odeur en est ammoniacale, très forte, putride parfois, et rappelant celle de la macération anatomique. Les douleurs sont continues ou à peu près, l'appétit est presque nul, la langue sèche et le sommeil absent.

18 mai. — L'odeur de l'urine, qui s'écoule presque continuellement, devenant exagérée, on introduit lentement dans la vessie une petite sonde en gomme, et on pratique encore un lavage avec la solution saturée d'acide borique. Bien que le tout ait été fait avec de grandes précautions, l'injection revient mêlée de sang. Dans la journée, frisson et fièvre.

Trois jours avant la mort, le 19 mai, le malade, de plus en plus prostré, tombe dans un coma accompagné d'une respiration courte et pénible. En même temps, la peau est souvent couverte d'une sueur fétide, d'une coloration légèrement jaunâtre, qu'elle n'avait pas jusque-là.

22 mai. — Le coma va croissant et le malade meurt à 10 heures du matin.

Autopsie dix-huit heures après la mort.

Abdomen : pas d'épanchement, pas d'adhérences.

Vessie : globuleuse, du volume des deux poings, comprime le rectum ; on aperçoit sous le péritoine, à sa face supérieure et postérieure, de petites masses arrondies, tranchant par leur coloration blanc jaunâtre sur la couleur plus foncée de la séreuse. On enlève facilement la vessie de l'excavation du bassin, et la verge ayant été fendue sur la face supérieure, on entre dans la cavité vésicale sans avoir rencontré de rétrécissement ; seule, la partie membraneuse de l'urètre présente un peu de rougeur, d'épaississement et de friabilité de la muqueuse.

La cavité vésicale, fort réduite comme capacité, occupe la partie antérieure et un peu supérieure d'une masse encéphaloïde, du volume des deux poings environ. Cette masse, très fongueuse, végétale, s'effrite avec facilité et offre, à la partie qui proémine ainsi dans la vessie, une coloration générale grisâtre, avec des îlots bruns ou rougeâtres.

Fendue suivant une direction antéro-postérieure, elle présente l'aspect macroscopique de l'encéphaloïde peu vasculaire, blanc rosé, avec des foyers ramollis. La muqueuse vésicale, au pourtour de la tumeur, est parsemée de petites masses cancéreuses isolées et de volume variable. Les uretères sont dilatés, le droit est encore facilement pressé et ne traverse que peu du tissu de la tumeur ; le gauche vient s'ouvrir entre deux mamelons du néoplasme, simulant un col de l'utérus.

Son trajet à travers la masse est d'environ 7 centimètres, un peu tortueux et cloisonné par des brides.

Aussi cet uretère est-il plus dilaté que le droit, et le rein correspondant offre-t-il des lésions plus avancées que son congénère.

La prostate est atrophiée, facilement délimitée, bien qu'elle ne donne au toucher qu'une sensation peu nette ; elle est tout à fait en dehors de la tumeur et ne saurait, par conséquent, être incriminée comme point de départ.

Rein droit : bassinets très dilatés, pleins d'un liquide purulent. La muqueuse est grisâtre et épaissie. Nombreux petits kystes dans la substance corticale, réduite à une épaisseur d'à peu près 2 centimètres.

Rein gauche : très diminué de volume, portant à sa surface, un peu vers sa périphérie, deux assez gros kystes à contenu jaunâtre.

Ouvert, il se montre réduit à une mince coque, d'où partent des cloisons irrégulières convergeant vers le hile.

Il en résulte la formation de cryptes profondes, au fond desquelles on trouve les fragments d'un calcul en forme de plaque convexe, stratifié, de couleur noirâtre.

La tumeur vésicale donne au raclage un suc blanchâtre, grumeleux, qui, au microscope, se montre composé de cellules rondes à deux ou trois noyaux, de cellules fusiformes plus grandes, et de très grandes cellules polymorphes à plusieurs prolongements.

OBSERVATION XII (Bruhl¹).

Le nommé Paul F..., âgé de cinquante-trois ans, tailleur de pierre, entre dans le service de M. Horteloup, le 8 février 1886.

Ce malade est exempt de toute tare héréditaire. Son père mort à l'âge de quatre-vingt-quatre ans, sa mère morte à cinquante-trois ans d'un érysipèle survenu à l'époque de la ménopause, avaient toujours joui d'une excellente santé. Plusieurs frères et sœurs sont morts d'affections aiguës ou d'accidents. Très robuste et très vigoureusement constitué, notre malade n'a jamais fait de maladie sérieuse. On ne trouve chez lui ni rhumatisme ni alcoolisme. Il y a plus de trente ans, il se rappelle avoir eu sur le gland un bouton, suivi quelques mois après d'un bubon dans l'aîne gauche, bubon dont la cicatrice est à peine visible. Sur le gland on retrouve à la partie inférieure et droite une cicatrice arrondie et lisse, légèrement déprimée mais sans induration; ses dimensions sont bien inférieures à celles d'une pièce de 50 centimes.

A la suite de cet accident, le malade n'a jamais présenté ni éruption sur la peau, ni plaque muqueuse. Il n'a pas perdu ses cheveux, il n'a pas souffert de céphalalgie ni de maux de gorge. En présence de tous ces signes négatifs, il nous est impossible d'affirmer que notre malade soit un syphilitique.

Il faut arriver au mois de septembre 1884 pour trouver les premiers signes fonctionnels, indices de l'affection qui a amené le malade à la maison de santé.

C'est à cette époque que le malade a éprouvé pour la première

¹ Bruhl, interne des hôpitaux, *Progrès médical*, 18 septembre 1886, p. 773, 2^e série, t. IV, n° 38.

fois des troubles de la miction; celle-ci devenait difficile et était plus fréquente que d'habitude, surtout la nuit.

En janvier 1885, une chute n'a eu aucun retentissement fâcheux sur les troubles que le malade accusait.

Cependant ces symptômes s'aggravaient progressivement et s'accompagnaient de douleurs. Deux ou trois fois, le malade constata que son urine était légèrement teintée par du sang. Cette coloration était plus marquée vers le milieu de la miction. Le malade affirme n'avoir jamais uriné de sang pur ni au début ni à la fin de la miction. D'ailleurs cette hématurie passagère ne s'est jamais plus reproduite.

Au mois de mai 1885, il se rend à la Pitié; là on lui passe une sonde en caoutchouc; un léger écoulement sanguin suit l'opération. Le même jour le malade prend un bain; en y entrant, il est saisi d'une douleur extrêmement vive dans la vessie.

Quelques jours après, il consulte M. Humbert à l'hôpital du Midi; ne lui trouvant aucune lésion, ce chirurgien lui prescrit de la térébenthine et des bains. Cependant le malade n'éprouvant aucune amélioration se décide à entrer une première fois dans le service de M. Horteloup, suppléé par M. Reynier. Celui-ci lui prescrit des douches et des bains sulfureux, des lavages boriqués de la vessie et de la térébenthine.

A partir de son entrée à la maison Dubois, le malade voit son état notablement s'aggraver: les envies d'uriner, fréquentes, impérieuses, s'accompagnaient d'épreintes très douloureuses. Malgré des efforts pénibles, le malade ne parvenait à excréter que quelques gouttes d'urine à chaque tentative de miction. En se rendant de chez lui à la maison Dubois, il a été obligé de faire arrêter la voiture au moins huit fois.

En arrivant, on le sonde et on retire environ 1 litre et demi d'urine. C'est la première rétention d'urine que le malade avait eue. Grâce à un cathétérisme régulier, grâce au traitement de M. Reynier, le malade quitte l'hôpital au bout de dix-huit jours extrêmement soulagé. Il se sondait lui-même sans difficulté.

Au mois d'octobre, à la suite d'une course en voiture, une notable aggravation survient. Le malade éprouve une douleur

très vive et une pesanteur du côté de l'anus ; il a du ténesme vésical et rectal, en même temps que de la fièvre, de la céphalalgie, de l'inappétence. Il est probable qu'il y a eu une poussée congestive du côté de la prostate.

À peine remis, le malade consulte M. le professeur Guyon, qui ne trouve pas de calcul et lui prescrit des suppositoires calmants, du quinquina et un régime rafraîchissant.

Malgré tout ce que fait le malade, les envies d'uriner deviennent de plus en plus pressantes et fréquentes ; elles se succèdent coup sur coup, ne lui laissant aucun répit ; il se décide de nouveau à rentrer dans le service de M. Horteloup.

Au moment de son entrée dans le service, on constate que l'état général est bon ; le malade n'a pas maigri ; l'appétit est conservé. Les urines ne renferment ni albumine ni sucre ; par le repos on constate un très léger dépôt. Cependant, vers la fin de la miction, les dernières gouttes sortent mélangées à du pus. Le malade nous montre aussi quelques petits graviers qu'il rend de temps en temps.

Le traitement consista dans le cathétérisme régulièrement répété par le malade, en lavages boriqués de la vessie, capsules de térébenthine et benzoate de soude.

L'exploration de la vessie fut pratiquée avec la sonde coudée de Mercier. Voici ce qu'elle permettait de constater :

Lorsqu'on introduisait l'explorateur, on avait très nettement, au moment où on entraît dans la vessie la sensation d'un frottement ; une fois dans la vessie, on ne trouvait plus rien, mais en retirant la sonde et en relevant le pavillon, la main retrouvait cette sensation de frottement, qui permit à M. Horteloup de penser à un gravier, situé soit à l'extrémité postérieure de la prostate, au niveau du col de la vessie, soit derrière le col de la vessie, contre lequel il serait accolé. L'examen rectal avec le doigt ne permet pas de sentir le moindre changement dans l'épaisseur de la vessie pouvant faire supposer la présence d'une tumeur ou d'un corps étranger.

Le malade souffrant cruellement d'envies incessantes d'uriner, de ténesme vésical insupportable, est chloroformé le 27 février 1886.

M. Horteloup introduisit d'abord dans l'urètre un cathéter cannelé, puis pratique une incision médiane sur le raphé périnéal, longue de 5 centimètres, touchant presque à la marge de l'anus. Les tissus sont incisés couche par couche jusqu'au cathéter; puis une boutonnière est faite au canal de l'urètre, par laquelle est introduit le dilatateur de Dolbeau.

L'instrument, après avoir dilaté le col de la vessie, ramène quelques fragments de graviers.

L'introduction du doigt permet de reconnaître derrière le col de la vessie une surface recouverte d'incrustations; le doigt retiré est remplacé par une tenette de petit volume. Faisant tourner la tenette pour diriger les cuillers vers la partie inférieure, M. Horteloup saisit entre les mors une masse ayant environ 5 centimètres; mais, en faisant un mouvement de torsion de manière à remplacer la concavité de la tenette en haut, la partie saisie s'échappe et la tenette est ramenée remplie de graviers.

Une nouvelle introduction ne fait plus retrouver la masse saisie et il est impossible de rien rencontrer dans la vessie. Ne disposant pas d'autres pincés pouvant servir utilement à de nouvelles recherches, M. Horteloup fait avec la sonde à double courant plusieurs lavages de la vessie, qui permettent de faire sortir quelques graviers en poussière. Le malade est reporté dans son lit, après un pansement fait avec de la gaze iodoformée.

Au réveil, le malade continue à beaucoup souffrir. Vers 1 heure de l'après-midi, une légère hémorragie en nappe se déclare; on en a facilement raison par l'application de compresses glacées. Cependant, durant tout l'après-midi, les douleurs deviennent de plus en plus intenses, et, au dire du malade, on peut les comparer à des douleurs expultrices. Le malade crie, se débat; il est couvert de sueur; l'effort qu'il fait amène un prolapsus de la muqueuse rectale. Effectivement, vers 5 heures, le malade accouche par sa plaie périnéale d'une tumeur ayant environ 5 centimètres de long, sur 2 de large et 2 d'épaisseur, de forme ovoïde et présentant le volume d'un gros œuf de pigeon.

A partir de ce moment, le malade éprouve un grand bien-être, un soulagement énorme. Le soir, le thermomètre dans l'aisselle ne marque que 37,5.

Depuis l'opération jusqu'au soir, il n'avait pu uriner; mais à la suite de l'expulsion de sa tumeur, une grande quantité d'urine s'est écoulée par la plaie. Depuis, il a uriné à la fois par son canal et par sa plaie.

L'examen de la tumeur, dont venait d'accoucher ce malade, permettait de se rendre très nettement compte de ce qui s'était passé.

La tumeur avait une forme aplatie, et présentait une implantation de 1 centimètre à la face postérieure de la prostate. Si on veut se rappeler la disposition donnée aux tenettes, on comprendra que, saisissant latéralement cette tumeur, elle a pu être maintenue assez solidement pour subir un mouvement de torsion; mais une fois le pédicule détaché, la tumeur a basculé entre les cuillers de la tenette et, lorsque M. Horteloup a cherché à la reprendre, il lui a été impossible de saisir cette tumeur plate entre des cuillers qui ne pouvaient pas se toucher.

Le lendemain de l'opération, l'état général est excellent; l'état local n'est pas moins satisfaisant. La température est à 37,2. Déjà le malade urine davantage par son canal que par sa plaie. Le mieux s'accroît notablement.

2 mars. — C'est-à-dire le quatrième jour à partir de l'opération, le malade éprouve déjà la sensation du besoin d'uriner.

6 mars. — La miction est de nouveau soumise à la volonté. Le jet est régulier et volumineux. Le malade pisse uniquement par son canal.

12 mars. — La plaie périnéale est presque cicatrisée. Le malade mange, boit, dort, urine sans douleur. Il quitte l'hôpital guéri, le 29 mars.

M. Horteloup a revu le malade à la fin du mois de juin : la guérison s'est maintenue parfaite.

La tumeur ainsi rendue, présentait sur la coupe, à l'œil nu, un aspect grisâtre, homogène; de consistance moyenne, elle était peu vasculaire; on constatait seulement quelques arborisations vasculaires près de son point d'implantation.

L'examen histologique a été pratiqué par M. Rémy, agrégé de la Faculté. Voici la lettre qu'il a adressée à M. Horteloup à ce sujet : « J'ai quelques doutes sur la nature de la tumeur, mais je crois qu'il s'agit d'un cancer. Ce qui est la cause de mon doute, c'est que les cellules épithéliales des alvéoles cancéreuses ont presque toutes disparu, »

OBSERVATION XIII (Nicolich¹. Résumée).

Homme de soixante ans, ayant depuis quelque temps des troubles de l'urine, que le toucher rectal fait attribuer à une hypertrophie de la prostate avec cystite consécutive. Le traitement ordinaire de la cystite est constitué et reste sans effet au bout d'un mois.

Après avoir fait une boutonnière périnéale par la méthode de Thompson, l'auteur place un tube à drainage qui fonctionne mal; il se décide alors à la cystotomie sus-pubienne, pour placer un tube à drainage hypogastrique. Le tube fonctionne bien pendant les quatre jours que survécut le malade à la dernière opération.

A l'autopsie, on trouve une infiltration cancéreuse diffuse de toute la vessie, avec noyaux dans les poumons.

Rien dans les reins.

¹ Nicolich, Rivista di scienze mediche, 1889 (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1890, p. 241).

OBSERVATION XIV (Albarran¹. Résumée).

Homme de soixante-deux ans, entré le 31 janvier 1888, salle Civiale, n° 26.

Sondé depuis sept ans pour des accidents de prostatisme; on trouvait parfois des débris dans ses urines.

L'affection actuelle a débuté il y a deux ans par de la cystite.

Le malade n'a jamais eu d'hématurie. Il expulsait seulement quelques gouttes de sang lorsqu'on lavait sa vessie.

On n'a jamais pensé à un néoplasme.

Il meurt et, à l'autopsie, on trouve un épithélioma encéphaloïde réticulé, que rien n'avait révélé.

¹ Albarran, *Traité des tumeurs de la vessie*, obs. LXII, p. 448.

OBSERVATION XV (Albarran⁴).

Homme de quarante-cinq ans, entré le 31 mai 1889.

L'affection actuelle a débuté, il y a dix-huit mois, par des mictions fréquentes. Il n'y a jamais eu d'hématurie.

Opéré de pyonéphrose, il mourut trois mois et demi après, et ce ne fut qu'à l'autopsie qu'on découvrit un néoplasme de la vessie et un autre similaire dans le bassinet du rein opéré.

L'examen histologique montra qu'on avait eu affaire à un épithélioma carcinoïde contenant un grand nombre de fibres lisses dans le stroma.

⁴ Albarran, observation LXVI, p. 449.

OBSERVATION XVI (M. le prof. Poncet.)⁴

François, cinquante-cinq ans, cultivateur, né à Vournay (Ain), entré salle Saint-Philippe le 12 février 1893, pour une hypertrophie prostatique.

Depuis près de deux ans a des difficultés pour uriner; il urine peu et fréquemment. Les douleurs ne sont pas particulièrement marquées à la fin de la miction. Il a eu, il y a quelques mois, de violentes douleurs lombaires se propageant dans le membre inférieur droit; vers la même époque il a, à plusieurs reprises, uriné des caillots, mais jamais de graviers.

Il y a une semaine, pris d'une rétention d'urine complète, il a été sondé par un médecin à la campagne, qui lui a conseillé de venir se faire traiter à l'Hôtel-Dieu. Actuellement le malade se plaint toujours de sa jambe droite; les douleurs ont encore augmenté mais seulement depuis quelques jours. Cette douleur paraît devoir être rattachée à une sciatique. Le membre est très douloureux.

Le malade s'est levé fréquemment cette nuit, pour uriner quelques gouttes chaque fois.

En percutant la vessie, on ne la trouve pas distendue. Le toucher rectal fait sentir une énorme prostate uniformément hypertrophiée, de consistance dure.

Cathétérisme assez difficile; on ne passe qu'avec une sonde à bécuille et en la guidant à travers les parties molles du périnée.

Il s'écoule facilement 500 grammes d'une urine assez fortement teintée de sang; on retire la sonde alors que le jet dénote

⁴ Observation inédite due à l'extrême obligeance de M. Xavier Delore, chef de clinique de M. le professeur Poncet.

encore une certaine réplétion. Cette urine a montré par le repos un dépôt de globules sanguins. Le soir le malade se plaint de sa jambe. Il a uriné spontanément à plusieurs reprises. La vessie ne paraît pas distendue à la percussion.

A minuit, la garde le trouve mort dans son lit.

Autopsie. — Epithélioma ulcéré occupant la paroi supérieure de la vessie au voisinage immédiat du col. Il forme les deux tiers d'un anneau, dont le tiers inférieur, représenté par la partie inférieure du col et de la vessie, n'est pas envahi par le néoplasme.

Il n'y a pas de tumeur à proprement parler, mais une ulcération de mauvaise nature comme on les observe sur le rectum. Ulcération et bourrelet mesuraient 3 à 4 centimètres de longueur. Reins congestionnés. Calices dilatés. Pyramides confondues avec substance corticale.

OBSERVATION XVII (Adenot) ¹.

T... Aristide, âgé de soixante-six ans, né à Saint-Léger-sur-Beuveray, demeurant à Miribel (Rhône), entre le 25 décembre 1894 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 18.

J'étais alors chargé du service en remplacement de M. le professeur Pollosson. Le malade ne donne aucun renseignement sur des blennorragies antérieures. Il ne répond pas et son état d'obnubilation s'oppose à un interrogatoire utile. Depuis trois ou quatre mois surtout il éprouve des difficultés pour uriner.

Le jet d'urine diminuait aussi de force en même temps que les mictions devenaient de plus en plus fréquentes, indiquant une infection vésicale croissante.

Pas d'hématuries antérieures. Bien que le malade ne puisse donner de détails précis, il paraît certain qu'il n'a pas connaissance d'avoir eu une hématurie un peu abondante. Depuis quelque temps les urines sont purulentes, il s'en est aperçu lui-même.

Il y a huit jours il fut pris d'une rétention complète et se fit alors cathétériser par un médecin qui eut les plus grandes difficultés à passer. Je n'obtins aucun renseignement sur le genre de sonde employée. Etat général mauvais, langue sèche, rôtie. (La feuille de température a été égarée.)

Le toucher rectal est négatif. Malgré l'âge du malade, je ne constate qu'une prostate légèrement grosse, mais pas d'une façon très anormale.

¹ Adenot. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Ann. 1895, p. 621.

Le cathétérisme est très difficile. Il existe dans la région membraneuse un rétrécissement qui paraît très serré, mais qui ne semble pas absolument infranchissable.

Je parviens à passer à grand'peine une sonde filiforme en gomme.

Il s'écoule quelques gouttes d'urine très troubles. Pensant pouvoir introduire immédiatement une sonde un peu moins fine, de manière à faciliter l'évacuation de l'urine, je retire la sonde précédente, mais il m'est impossible de repasser une autre sonde, même la précédente.

Le malade, très fatigué, excité, se prête mal à des tentatives douloureuses et qui ne semblent pas devoir être facilement couronnées de succès. Je pense pratiquer une cystostomie sus-pubienne, mais le malade se refuse à une intervention de ce genre.

La surdistension de la vessie, l'état des urines, révélé par les quelques gouttes obtenues par le premier cathétérisme, les phénomènes d'infection très grave que présentait ce malade me déterminent néanmoins à pratiquer une ponction hypogastrique, en ayant soin d'employer pour cela une aiguille très fine de l'aspirateur Potain. Les urines retirées sont très troubles.

27 décembre. — Le lendemain, l'interne de service ayant échoué aussi dans la journée précédente à cathétériser le malade, ce dernier se décide à se laisser opérer, et je pratique séance tenante la cystostomie sus-pubienne.

Suture de la vessie à la peau ; l'orifice est bordé par les deux muscles droits de l'abdomen et, en raison de la pression exercée par ces muscles sur l'orifice, je place les tubes de Perrier, moins pour faire le drainage de la vessie que pour faciliter la béance de l'orifice.

L'exploration digitale du fond de la vessie n'attire mon attention sur aucune particularité. Pas de calculs. La prostate n'offre pas de saillie anormale. *L'exploration*, que je fis alors soigneusement, parce qu'à l'entrée du malade, j'avais cru tout d'abord (avant tout cathétérisme) qu'il s'agissait d'un prostatique, *ne me procura donc aucun signe de tumeur vésicale.*

29 décembre. — Etat général satisfaisant. Les tubes fonctionnent bien. On tentera un nouveau cathétérisme lorsque la vessie sera reposée. La cystostomie a soulagé considérablement le malade.

Les urines ont meilleur aspect. Lavages boriqués abondants.

8 janvier 1895. — Etat général assez bon. Le malade mange. Bien que les urines soient encore troubles, l'amélioration est progressive. La plaie hypogastrique est en très bon état.

Je pratique alors une urétrotomie interne. Le guide de Maisonneuve passe assez facilement. Le conducteur métallique passe de même ; mais éprouvant quelque peine à le faire pénétrer, j'attire la bougie de Maisonneuve par la boutonnière sus-pubienne et j'exerce ainsi une légère traction.

Section du rétrécissement à l'urétrotome, sonde à demeure pendant vingt-quatre heures. Lavages abondants à l'acide borique, de haut en bas par la vessie, de l'urètre, et de bas en haut par le canal et la vessie. Ces lavages sont facilités par une sonde placée dans l'orifice sus-pubien et par celle introduite dans le canal.

Ce drainage bilatéral, interrompu pendant les irrigations, a l'avantage de permettre de véritables remous dans la vessie, et par conséquent de rendre les lavages plus efficaces. Les lavages terminés, les sondes sont supprimées. On pratique deux grands lavages par jour.

9 janvier. — Depuis vingt-quatre heures, l'état général est très bon. La fièvre a complètement disparu. La plaie abdominale se rétrécit peu à peu. Quelques points de suture ont lâché. Les bords de la plaie granulent activement.

25 janvier. — Le malade se lève, se promène, a repris un peu d'activité. Il mange bien. Les urines sont claires, mais il ne pisse pas par le canal de l'urètre, bien que la sonde de Nélaton, de fort calibre, passe très facilement.

Pour calibrer le canal, je passe à deux ou trois reprises une sonde de Nélaton, à demeure pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Cette sonde est très bien supportée et ne cause aucune douleur à ce moment.

Fig 1.

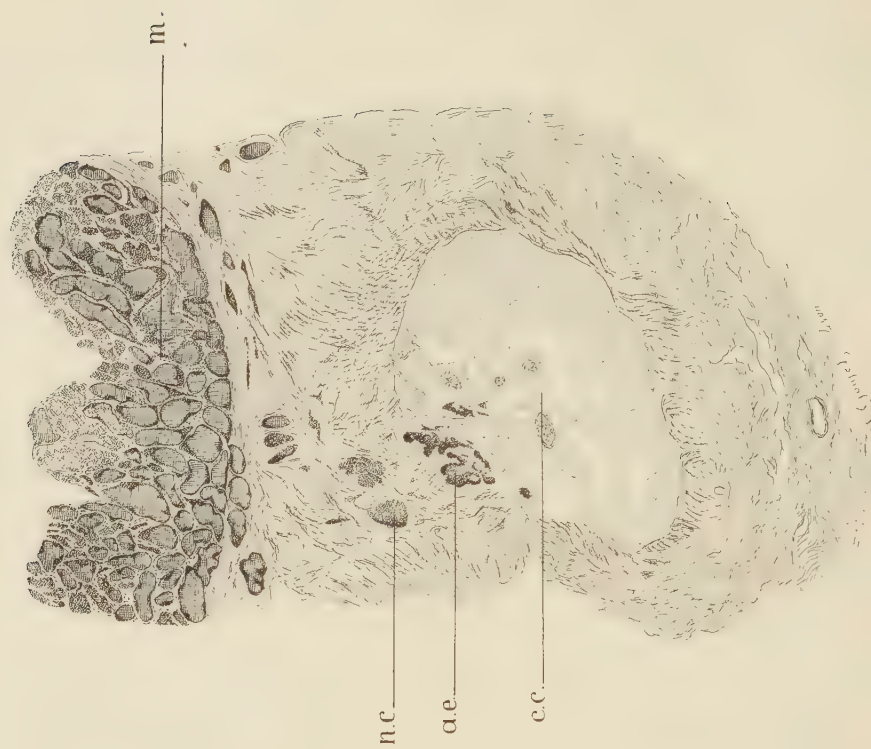


Fig 2.



NOTA. — Ces planches, parues avec l'observation dans le *Lyon Médical* de 1895, nous ont été fournies très aimablement par M. le Docteur Adenot. Nous lui renouvelons ici nos plus sincères remerciements.

FIG. 1. — *Tumeur vésicale propagée à l'urètre et au corps caverneux.*

- m.* Muqueuse urétrale envahie par la tumeur vésicale.
- cc.* Corps caverneux.
- ae.* Aréoles du corps caverneux envahies par la tumeur.
- nc.* Noyaux cancéreux.

FIG. 2 (*très schématique*). — *Tumeur vésicale, forme adulte (type à revêtement commun).*

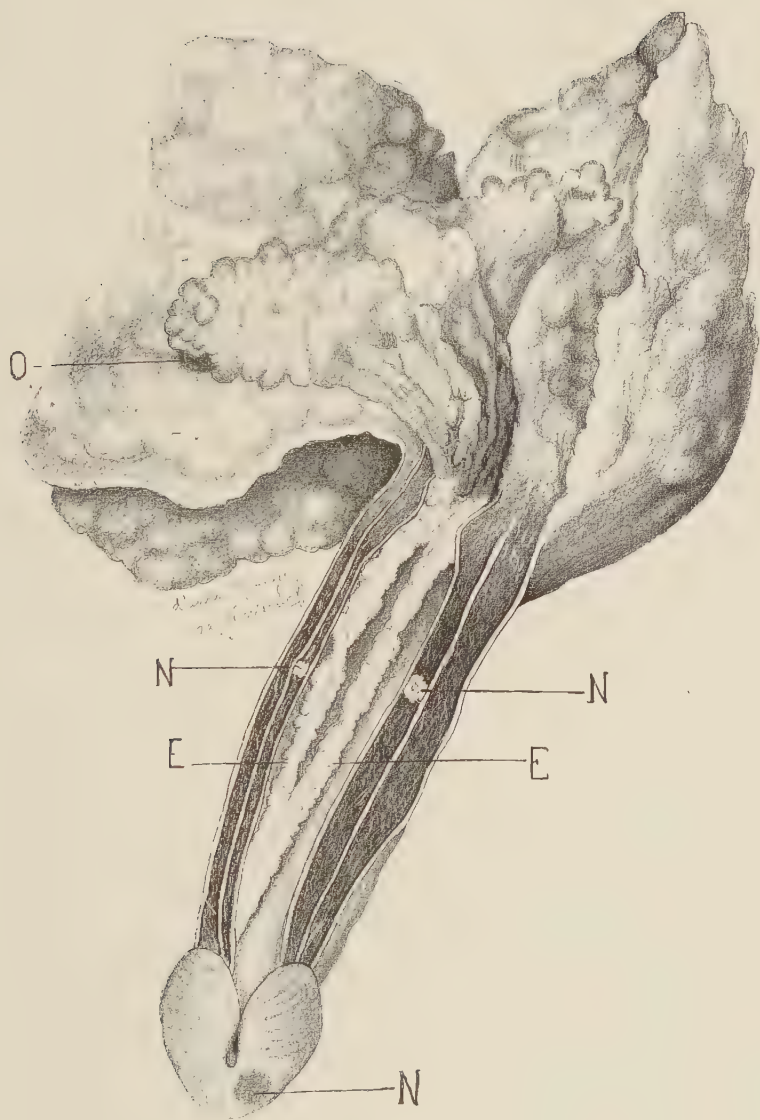
- cc.* Cellules cancéreuses.
- s.* Stroma conjonctivo-musculaire.

FIG. 3.

nn Noyaux de la tumeur propagés au corps caverneux et au gland.

e. Prolongement de la tumeur dans le canal de l'urètre.

o. Ouverture de la cystostomie.



Commencement de février. — Le malade a souffert deux fois depuis quinze jours d'un état infectieux inquiétant, qu'à défaut d'autres signes on a rattaché à la grippe, d'autant plus qu'une épidémie grippale a fait à cette époque le tour de plusieurs salles de chirurgie à l'Hôtel-Dieu. Le malade a eu de la fièvre, dyspnée, cyanose, crachats parfois légèrement sanguinolents. A l'auscultation on ne constate aucun râle sous-crépitant dans aucun point du thorax. Le murmure respiratoire est simplement diminué, et il existe quelques râles sibilants disséminés dans les deux poumons.

En somme, pas de signes de pneumonie comme je le craignais.

Deux fois, le malade présenta les mêmes accidents, qui deux fois se calmèrent, mais le laissèrent sensiblement affaibli.

Le malade, en outre, maigrit. L'état général, qui s'était tout d'abord très rapidement amélioré à mesure que les phénomènes d'infection urinaire s'amendaient, ne se relève pas parallèlement à l'amélioration de l'état local de la vessie.

Mars. — Il persiste, contrairement à mon intention, une fistule hypogastrique active. Cette fistule se comporte même fort bien et comme un véritable urètre sus-pubien.

Le malade garde ses urines pendant près de trois heures, et il peut en expulser spontanément une partie en pressant sur le bas-ventre.

Pour vider complètement la vessie, il se sert d'une sonde de Nélaton de petit calibre, qu'il introduit par cet orifice sus-pubien.

La miction par le canal de l'urètre est restée en effet toujours presque impossible; et même le malade ne peut pisser volontairement

Depuis l'urétrotomie interne, il m'est cependant facile de passer par le canal urétral une sonde de Nélaton n° 16 ou 18. Depuis le milieu de février cependant, les cathétérismes par le canal provoquent l'expulsion de quelques gouttes de sang. Comme l'opération de l'urétrotomie date d'un mois environ, il est difficile d'expliquer cet écoulement sanguin qui se répète à chaque cathétérisme.

Plus tard, ceux-ci deviennent douloureux, et le passage de la sonde molle permet de sentir très nettement un obstacle mou qui se trouve dans le canal, et que je pense tout d'abord être formé par quelques bourgeons charnus au niveau de la plaie de l'urétrotomie. Vers la fin de février et jusqu'au milieu de mars le malade se maintient stationnaire.

Il se plaint de douleurs assez vives du côté de la région profonde du canal. La miction normale ne s'effectue toujours pas. Le méat sus-pubien, qui reste perméable, fonctionne d'une façon satisfaisante.

M. le professeur Pollosson, qui a repris son service, constate les conditions vraiment très bonnes de ce canal sus-pubien.

Il interroge le malade à ce point de vue, et s'assure que les urines sont retenues environ trois heures.

20 mars. — Depuis quelques jours le malade se plaint de douleurs vives dans la région urétrale profonde. Il présente une demi-érection permanente qui s'accroît de jour en jour.

On sent à la base de la verge et le long du canal, comme une sorte de noyau allongé le long de l'urètre et dans la partie la plus reculée. Le canal paraît comme moulé sur cette production dure, d'aspect irrégulièrement moniliforme.

En même temps, M. Pollosson constate sur le gland un noyau violacé, du volume d'un pois et d'une consistance assez ferme, qui permet de la délimiter nettement du tissu spongieux du gland. La nature de ces productions paraît assez obscure pour le moment. Néanmoins les douleurs vives que le malade signale au palper de ces masses urétrales, et les douleurs spontanées dont il se plaint depuis quelques jours et d'une façon croissante, font supposer à M. Pollosson qu'il s'agit d'une tumeur maligne développée dans le canal, et dont le noyau du gland ne serait qu'un début de propagation par les corps caverneux et le tissu spongieux.

2 avril. — L'érection, qui est de plus en plus marquée, s'accompagne de douleurs vives. Tout cathétérisme par le canal est depuis longtemps abandonné, car il déterminait des hémorragies et des douleurs presque intolérables.

Il existe quelques petits ganglions inguinaux des deux côtés et il est même facile d'en sentir quelques autres dans la partie inférieure de la fosse iliaque, au-dessus de l'arcade de Fallope. Mais ces ganglions petits sont difficiles à expliquer par la tumeur du canal.

L'aspect caractéristique est si curieux, que l'on songe à photographier la verge ainsi en érection. Mais la faiblesse du malade est si grande qu'il ne peut se tenir debout. Depuis quelques semaines, en effet, la cachexie a fait des progrès énormes.

3 avril. — M. Pollosson fait l'ablation d'un noyau de la tumeur, situé à la partie moyenne de la verge, sur la face inférieure; entre les corps caverneux. A côté de cette petite masse enlevée, il existe un tissu dont l'aspect rappelle celui des fongosités.

12 avril. — Etat général stationnaire. La faiblesse s'accroît progressivement. Le malade ne mange plus, il est très cachectisé et ne répond que difficilement aux questions qu'on lui pose. Respiration très courte. Pas de signes de pneumonie vraie.

16 avril. — Mort.

Autopsie. — Nous constatons, avec M. Pollosson, qu'il s'agit bien d'une tumeur maligne. Cette tumeur, développée dans tout le bas-fond de la vessie, avait poussé un prolongement dans le canal de l'urètre jusqu'au gland. La tumeur s'était aussi propagée par les corps caverneux, comme on peut s'en rendre compte sur les coupes microscopiques ci-jointes.

La prostate était complètement saine.

Une généralisation rapide s'était faite à tous les organes internes.

Le foie, excessivement friable, gras, se trouve farci de noyaux cancéreux du volume d'une lentille à celui d'une noix.

Péritoine envahi sur plusieurs points.

Les poumons sont aussi criblés de noyaux secondaires, que l'on pourrait compter par milliers dans le parenchyme pulmonaire. Ces noyaux, gros comme des noisettes environ, présentent un volume beaucoup plus uniforme que les noyaux hépatiques.

Hépatisation complète du lobe supérieur. Congestion et

œdème de tout le lobe inférieur qui est infiltré. La pression donne issue, en outre, à une quantité considérable de sérosité sanguinolente. Bronchite purulente très marquée.

En un mot, pneumonie cancéreuse généralisée. Forme lobaire au sommet ; lésions secondaires de bronchite purulente et d'infiltration œdémateuse des bases pulmonaires.

Au poumon gauche, mêmes lésions, mais bien moins marquées.

Les plèvres sont lisses et relativement indemnes. Il n'existe pas de noyaux cancéreux pleuraux. Adhérences à droite. Rate normale.

Le sacrum est envahi par la tumeur, qui s'est propagée par des masses ganglionnaires. L'os est lui-même envahi et en partie détruit par le tissu néoplasique.

L'examen microscopique de la tumeur a été pratiqué par M. le professeur agrégé Paviot, alors préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique, et a donné les résultats suivants :

La tumeur vésicale, au point de vue histologique, fait partie du groupe adulte et est du type de revêtement commun, au moins par place ; cependant le plus grand nombre des alvéoles qui la constituent est formé de cellules épithéliales de volume très variable.

Ces cellules sont souvent arrangées sous forme de boyaux ou de lignes de deux à trois cellules, lignes sinueuses, séparées par des fentes claires que les manifestations doivent certainement accentuer.

Quelquefois les alvéoles, les loges du stroma et les boyaux de cellules sont tous allongés dans un même sens, comme s'ils s'éloignaient tous d'un même axe, qui, lorsqu'on peut le trouver, est souvent une grosse travée du stroma.

Le protoplasma de ces cellules est grenu, trouble même jusque dans la profondeur de la tumeur. Le noyau, volumineux, se colore mal et se voit mal à cause de l'état du protoplasma.

Pour le stroma de la tumeur, formé en grande partie de tissu conjonctif, ses travées présentent des fibres musculaires lisses, aisément reconnaissables, surtout à l'éosine hématoxylique. Ces fibres lisses se rencontrent surtout sur les travées principales, en dehors de la présence de toute artériole, etc., etc.

OBSERVATION XVIII (Brault¹).

D... Adolphe, âgé de soixante-six ans, entre le 8 février 1898 à l'hôpital Tenon, salle Bichat, lit n° 17, dans le service de M. le Dr Brault.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : on ne trouve chez lui aucune maladie grave. Il dit être sujet à s'enrhumer l'hiver depuis plusieurs années.

Le début de sa maladie remonte à six mois. A ce moment-là, il commença à être gêné pour respirer et se plaignit d'essoufflements. A la même époque, il remarqua que ses jambes devenaient lourdes, surtout le soir, et qu'elles étaient enflées principalement autour des chevilles. Il y a un mois, il se mit à tousser. Depuis, sa toux a persisté, c'est ce qui l'a décidé à venir à l'hôpital.

A son entrée, le malade est très affaibli. Les facultés intellectuelles sont fort déprimées. Il est somnolent et répond difficilement aux questions qu'on lui pose. Aussi son interrogatoire n'a-t-il été que d'une faible utilité pour reconstituer son histoire.

L'examen du malade donne les résultats suivants :

Le cœur ne paraît pas augmenté de volume. La pointe est dans le cinquième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire.

Les bruits du cœur sont sourds. On ne perçoit de souffle ni à la base ni à la pointe. Par intervalles, il existe de l'arythmie.

Enfin on note de temps à autre un rythme de galop.

Le pouls est irrégulier, assez fort. L'artère radiale, très

¹ Brault, thèse de Lafon, Paris 1898.

sinueuse, est indurée, calcifiée, et roule sous le doigt sans se laisser déprimer.

Elle présente une irrégularité de trajet. Elle passe sur la face externe du radius, qu'elle contourne à trois travers de doigt environ au-dessus du poignet.

A la percussion, le poumon droit donne une sonorité normale en avant et en arrière. L'auscultation ne révèle rien de particulier si ce n'est quelques râles sibilants disséminés avec prédominance au sommet.

Le sommet du poumon gauche présente de la matité, de la diminution du murmure vésiculaire, de l'augmentation des vibrations thoraciques et des râles sous-crépitaux.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes. Il n'est pas douloureux à la pression.

La rate ne paraît pas augmentée de volume.

Rien de particulier dans l'appareil digestif.

OEdème malléolaire ; à ce niveau, le doigt détermine l'apparition d'un petit godet.

Les urines, assez abondantes, sont claires. Elles contiennent 1 gramme d'albumine par litre. Il n'y a pas de sucre.

Du côté du système nerveux, à part la dépression des facultés intellectuelles et l'état semi-comateux, on ne trouve rien de particulier. Le malade n'a pas eu de céphalalgie ni de troubles oculaires.

* Il n'a jamais souffert pour uriner. Pas de troubles des mictions sous le rapport de la fréquence, de la difficulté ; *les urines ont toujours été normales comme quantité et comme qualité.*

Le malade n'a pas de fièvre.

Diagnostic : Athérome certain, affection rénale douteuse, affection cardiaque ou aortique possible, bacillose au début.

On le met au régime lacté et on lui donne de la théobromine comme diurétique.

L'état du malade change peu. Pendant un mois, il a présenté les mêmes symptômes. Jusqu'au 14 mars, la quantité d'urine éliminée par jour a varié de 2 litres à 2 litres et demi, contenant environ 2 grammes d'albumine.

Puis tout à coup, la température, normale jusque-là, s'élève.

Elle dépasse 38 degrés. Le pouls devient rapide et plus irrégulier. L'amaigrissement fait des progrès sensibles.

22 mars. — Le malade a de la fièvre, depuis quelques jours: 38°1.

Le pouls est à 120. Arythmie et bruit de galop au cœur. On ne sent pas la crosse aortique au-dessus de la fourchette sternale. La toux est plus fréquente. Le malade s'affaiblit. Les urines sont troubles, mais de couleur jaune, et ne donnent pas de dépôt purulent.

2 avril. — L'état général s'est aggravé. Aux troubles précédents est venu s'ajouter l'incontinence absolue des urines et des matières. La température reste voisine de 38 degrés. Comme le cœur avait légèrement faibli, on avait supprimé la théobromine pour administrer XL gouttes de digitaline Adrian (23 mars). La quantité d'urine émise a diminué ainsi que l'albumine. Le malade est très anémié et dans un état semi-comateux.

8 avril. — Etat stationnaire. L'incontinence persiste. Le membre inférieur droit présente un œdème énorme. Le malade ne se plaint d'aucun point douloureux. Les urines ont conservé les mêmes caractères:

16 avril. — Mort dans le coma à 2 heures de l'après-midi.

Comme le malade n'avait jamais accusé de douleurs dans le bassin et n'avait pas présenté de troubles urinaires (si ce n'est dans la dernière période, où ils furent attribués au coma), le toucher rectal avait été négligé ainsi que l'examen microscopique des urines jusqu'au 20 mars, les urines émises quotidiennement dépassaient 2 litres et l'albumine 2 grammes. La température était normale.

A partir de ce moment, la température s'est élevée pour atteindre une moyenne de 38,5 jusqu'au 1^{er} avril; puis elle a diminué avec de nombreuses oscillations, et s'est maintenue à une moyenne de 38 degrés jusqu'au dernier jour, où elle est tombée à la normale.

Dans cette seconde période, les courbes de l'albumine et des urines ont baissé parallèlement.

Autopsie. — Elle fut faite quarante-quatre heures après la mort.

Le poumon gauche présente au sommet de l'infiltration tuberculeuse et du ramollissement dans son tiers supérieur.

A la base, on constate de l'emphysème.

Le poumon droit est presque indemne, quelques granulations au sommet. Pas de noyaux cancéreux.

Le cœur pèse 340 grammes. Pas de lésions des orifices, sauf quelques plaques athéromateuses peu marquées à l'orifice aortique.

L'artère coronaire gauche est absolument saine à son origine. Mais à quelque distance de l'aorte elle présente, sur un trajet de 4 centimètres, une infiltration calcaire très marquée. Au delà, elle redevient normale. L'artère coronaire droite est saine sur tout son parcours.

L'aorte présente quelques plaques d'athérome peu accentuées. Elle est presque normale.

Les artères radiales sont indurées et calcifiées sur toute leur longueur.

Les artères iliaques et rénales sont saines.

Sur les sylviennes on trouve quelques plaques athéromateuses disséminées.

Le foie pèse 1850 grammes. Il est farci de gros noyaux cancéreux disséminés à sa surface et dans toute son épaisseur.

Le pancréas, l'estomac, l'œsophage sont sains.

En ouvrant la vessie, on voit que ses parois antérieure et latérale sont épaissies, tandis que sa paroi postérieure est envahie par une tumeur. Cette masse néoplasique infiltre la paroi, mais se propage peu du côté du rectum. Au contraire, elle fait saillie dans la cavité vésicale, que l'on trouve partiellement comblée par une masse bourgeonnante épithéliomateuse.

La prostate paraît saine.

Si de la vessie on remonte le long des uretères, on voit que l'uretère gauche, à 2 centimètres de l'orifice vésical, présente, greffée sur la paroi interne, une production épithéliomateuse en chou-fleur, qui l'obture presque complètement. Au-dessus, il présente une dilatation marquée.

L'uretère droit est libre dans tout son trajet, mais ses parois sont infiltrées de néoplasme dans le voisinage de la vessie. Au-dessus, il est dilaté ainsi que le bassinnet correspondant.

Le rein gauche pèse 86 grammes seulement. Il est le siège d'une hydronéphrose de la grosseur du poing. Le tissu rénal, presque entièrement détruit, n'a plus que 2 millimètres environ d'épaisseur.

Le rein droit a subi une hypertrophie compensatrice. Il pèse 240 grammes. Son bassinnet distendu a le volume d'une mandarine. Le tissu rénal paraît sain.

Enfin, sur toute la hauteur de la colonne vertébrale existe une masse de ganglions cancéreux très hypertrophiés, offrant à la coupe un aspect lardacé. Certains de ces ganglions dépassent le volume d'un marron. D'autres ont la dimension d'un pois ou d'une petite lentille. Leur nombre est très considérable. Cette masse monte en engainant les vaisseaux, surtout l'aorte; l'infiltration cancéreuse des ganglions s'étend de la vessie jusqu'au diaphragme, le traverse et se prolonge sur toute la hauteur du médiastin postérieur. Plusieurs ganglions volumineux étaient accolés à la crosse de l'aorte.

A l'examen microscopique, la tumeur est constituée par un épithélioma pavimenteux tubulé, dont les cellules sont très adhérentes entre elles. La structure est la même au niveau de la vessie, de l'uretère, dans les ganglions et dans le foie. Les nodules cancéreux développés dans ce dernier organe sont surtout apparents autour des veines portes interlobulaires. Cependant de petits nids cellulaires, comprenant à peine quelques cellules, avoisinent les régions centrales des lobules, non loin de la veine sus-hépatique.

Le type histologique de cette tumeur est fréquemment observé dans la vessie.

Les noyaux épithéliomateux greffés sur l'uretère gauche et d'apparence assez récente, contenaient une proportion assez notable de glycogène. Les tumeurs secondaires du foie en contenaient beaucoup, fait d'autant plus remarquable que les

lobules hépatiques eux-mêmes en paraissaient presque tous dépourvus.

La tumeur présentait donc, dans ces foyers d'envahissement, une très grande activité.

En somme, il s'agit ici d'une carcinose vésicale très nette, dont l'évolution a passé presque complètement inaperçue, par manque de signes physiques et pénurie de troubles fonctionnels, l'état de torpeur dans lequel était tombé le malade dans les derniers jours pouvant être attribué à la fièvre ou à une cachexie tuberculeuse.

L'albuminurie pouvait être la conséquence, soit de la tuberculose (dégénérescence amyloïde possible), soit d'une néphrite peu avancée encore, puisque le malade n'avait présenté aucun trouble pouvant être logiquement rapporté à l'urémie. En présence de certains signes, on pouvait être tenté cependant de conclure sans hésitation à l'existence d'une néphrite; on avait, en effet, en faveur de cette idée, d'une part, la constatation d'un bruit de galop, intermittent il est vrai, mais très caractéristique, et, de l'autre, l'induration manifeste des artères radiales dans tout leur trajet apparent. Néanmoins, ce diagnostic ne fut pas porté dans le service, parce que, ainsi que le faisait remarquer M. Brault, le cœur ne présentait pas d'hypertrophie réelle, que le pouls ne donnait pas d'hypertension et que l'incrustation des artères n'avait en soi aucune valeur. Les phénomènes perçus du côté du cœur et de l'aorte étaient trop vagues aussi pour autoriser une conclusion ferme. Restait du côté de la poitrine une tuberculose évidente mais relativement peu avancée. L'histoire clinique de ce malade, qui allait s'affaiblissant, présentait donc plusieurs inconnues que l'autopsie seule permit de reconnaître. Le cancer de la vessie fut donc ici, à tous les points de vue, un cancer latent. Il était, en outre, facile de poser plusieurs diagnostics absolument erronés.

OBSERVATION XIX (M. de Gennes et V. Griffon ¹)

Malade âgé de soixante ans, obèse, grand buveur, était entré dans le service de M. le professeur Dieulafoy en 1896, salle Trousseau, lit numéro 8, pour de l'œdème des membres inférieurs et du scrotum.

On lui trouva dans l'urine 1 gramme d'albumine environ par litre. Tout cela disparut assez vite, par le repos et le régime lacté. On porta le diagnostic de néphrite interstitielle chronique, car le malade présentait depuis quelque temps tous les petits accidents des brightiques : il était pâle, facilement oppressé, réveillé fréquemment la nuit par des crampes et des accès de suffocation.

On voyait au niveau des tempes l'artère temporale se dessiner très flexueuse, la radiale était dure, en plume de corbeau.

Le malade se plaignait de maux de tête, de bourdonnements d'oreilles, de troubles de la vue (mouches volantes), de sensation du doigt mort, de démangeaisons en diverses régions du corps sans éruption.

A diverses reprises, il se produisit des épistaxis survenant aussi bien la nuit que le jour.

Enfin on notait de la pollakiurie et de la polyurie.

Le diagnostic du mal de Bright s'imposait d'autant plus, que l'auscultation du cœur faisait entendre parfois un bruit de galop assez net.

C'est comme brightique que nous avons soigné ce malade pen-

¹ M. de Gennes et V. Griffon, in *Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1898 et *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1899, p. 320.

dant plusieurs semaines, lorsque M. Dieulafoy nous eut laissé le service, pour prendre celui de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Il ne pouvait être question d'un autre diagnostic. Les épistaxis revenaient abondantes et fréquentes. Les urines demeuraient pâles, peu denses, non albumineuses. Les mictions étaient fréquentes et abondantes. On recueillait 4 à 5 litres d'urine, et parfois davantage, dans les vingt-quatre heures. Il n'y eut jamais d'hématurie ni de pyurie.

Il ne survint pas d'amaigrissement notable. Le seul symptôme qui eût pu attirer l'attention sur les voies urinaires fut, dans les derniers jours, une soif vive (sans cependant qu'il y eût sécheresse de la langue), une « dysphagie buccale » insuffisante pour imposer un diagnostic que l'examen des organes ne suscitait nullement.

Le malade s'affaiblit, et mourut un jour presque subitement, après avoir séjourné en tout trois mois à l'hôpital. L'autopsie nous réservait une surprise.

Autopsie. — (Homme ayant conservé son embonpoint). Au lieu des lésions de néphrite atrophique auxquelles on s'attendait, on trouve deux reins de moyennes dimensions, lisses, non bosselés, se décortiquant bien, sans granulations, et sans cicatrices apparentes après la décortication. Le rein gauche offre cependant à son extrémité supérieure un kyste séreux de la grosseur d'une petite noisette. A la coupe, la substance corticale est un peu diminuée d'étendue, mais ce qui frappe surtout, c'est la béance des artères de la voûte artérielle du rein, lesquelles sont très apparentes.

On constate par contre une dilatation considérable des uretères, des bassinets et des calices. Recherchant la cause de cette hydronéphrose bilatérale, on la trouve dans un cancer végétant dans la cavité vésicale, comprimant les deux uretères à leur extrémité inférieure.

Ce néoplasme apparaît sous la forme de végétations presque toutes sessiles, dont les plus grosses atteignent le volume d'une lentille. Isolées ou confluentes, elles abondent surtout au niveau des orifices uretéraux et urétral.

Elles sont disséminées, en moins grand nombre, sur la paroi postérieure de la vessie jusqu'au sommet, séparées à ce niveau par des portions de muqueuse saine. Elles descendent dans l'urètre prostatique jusqu'au niveau du veru montanum. Elles remontent d'autre part dans l'uretère gauche, occupent la paroi de ce conduit sur une étendue de 5 à 6 centimètres. Les 3 à 4 centimètres inférieurs du conduit se trouvent indemnes, les végétations n'occupant qu'une certaine portion, distante de l'orifice de l'uretère dans la vessie.

La paroi vésicale est épaissie par une hypertrophie de la couche musculaire; les végétations font saillie à la surface de la muqueuse et ne sont nulle part ulcérées. La surface interne de la vessie présente l'aspect à colonnes. Les orifices urétéraux sont véritablement perdus au milieu des végétations cancéreuses. La vessie est entourée d'un tissu graisseux abondant, au milieu duquel on trouve les ganglions du petit bassin manifestement cancéreux. L'hypertrophie ganglionnaire ne dépasse pas les limites du petit bassin. On ne trouve dans aucun viscère des noyaux de généralisation.

Au microscope, il s'agit, aussi bien sur les coupes des végétations vésicales que sur celles des ganglions voisins, d'un carcinome alvéolaire à cellules atypiques.

OBSERVATION XX (Morestin⁴).

Homme de trente-cinq ans. Entra au commencement du mois de mai 1898 dans le service de M. le professeur Le Dentu, pour une grosse tumeur siégeant à la partie inférieure de l'abdomen. Le malade en a constaté la présence cinq ou six mois auparavant. Cette tumeur, située sur la ligne médiane au niveau de la région hypogastrique, avait d'abord fait songer à une vessie distendue.

Mais après un séjour dans un service d'urinaires, on avait cru pouvoir éliminer cette interprétation, et le malade fut ainsi renvoyé dans un service de chirurgie générale.

La tumeur remonte jusqu'à l'ombilic; de chaque côté, elle s'étend dans les fosses iliaques, empiétant un peu plus à gauche qu'à droite. Elle forme une saillie du volume d'une tête, déformant considérablement la région hypogastrique.

Cette tumeur est mate à la percussion, de consistance ferme et même dure. On n'y perçoit en aucun point de la fluctuation. On ne peut la déplacer dans aucun sens. Elle semble fixée au bassin. *Le malade à aucun moment n'a eu de troubles urinaires. Il n'a jamais eu d'hématuries.* L'urine est demeurée claire et limpide et sa quantité n'excède pas les proportions normales. Le toucher rectal montre que la cavité pelvienne est remplie par la tumeur. Celle-ci se montre comme bosselée à cette exploration. Le cathétérisme de la vessie n'évacue qu'une petite quantité d'urine. La sonde est introduite sans difficulté et sans saignement.

L'exploration de la cavité vésicale avec un cathéter métallique

⁴ Morestin, *Bulletin de la Société anatomique*, 1^{er} juillet 1898.

n'a pas été faite, en présence des renseignements négatifs donnés par l'introduction de la sonde en gomme et de l'absence de tout symptôme fonctionnel du côté de la vessie. On s'arrêta au diagnostic de sarcome ayant pour point de départ probable le squelette du bassin.

Au commencement de juin, le malade éprouva quelques difficultés à uriner. La miction n'était pas douloureuse, mais l'émission de l'urine ne pouvait être obtenue qu'avec difficulté. On admit alors qu'il y avait compression du col de la vessie comme du rectum par la tumeur pelvienne. On eut recours à des cathétérismes quotidiens.

Au bout de quelques jours, l'urine commença à se troubler, à contenir du pus, et l'on pensa qu'il y avait eu une infection vésicale au cours de ces opérations, pratiquées par des mains différentes, parfois insuffisamment expérimentées. Le malade déclina brusquement. Il présenta quelques vomissements, de l'assoupissement et succomba le 10 juin.

A l'autopsie on trouva une méningite suppurée, qui avait été évidemment la cause des accidents terminaux et de la mort rapide du malade.

Il n'y avait rien du côté des organes thoraciques, ni du côté de l'intestin.

Contrairement à ce qu'on avait pensé, les os du bassin étaient absolument intacts. La tumeur était formée par la vessie, transformée en une masse dure, épaisse, résistante, incapable de se distendre et de revenir sur elle-même. A la coupe, la paroi vésicale présentait à sa partie inférieure, au niveau du bas-fond, de ses faces latérales, une épaisseur de deux travers de doigt et, au sommet, plus d'un travers de doigt. Dans l'intérieur de la vessie on voyait une demi-douzaine de grosses bosselures non ulcérées.

Autour de la vessie se trouvaient des masses secondaires formées par les ganglions du bassin, dont le volume variait entre celui d'une noix et celui d'un œuf. La surface de coupe de la paroi vésicale et de ses ganglions présentait un aspect identique, une coloration blanchâtre encéphaloïde.

La prostate était envahie, mais à peine dans la région en contact avec la vessie. Elle était à peine augmentée de volume. Dans son épaisseur était un petit abcès. Il y avait de chaque côté de l'urétérite et de la pyélonéphrite. A droite se trouvait un abcès péri-rénal situé entre le parenchyme du rein et sa capsule.

OBSERVATION XXI (Pasteau ¹).

Ch. J..., cocher, quarante-neuf ans, entre le 21 novembre 1893, salle Velpeau, n° 4, à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Guyon.

Première blennorragie, il y a vingt-cinq ans; deuxième trois ans après; les symptômes de rétrécissement ont débuté à cette époque.

En 1874, premier abcès périnéal, drainé par Verneuil, et dilatation de l'urètre.

En 1884, deuxième abcès, suivi bientôt de deux autres qui s'ouvrent spontanément; le malade urine difficilement et se sonde lui-même.

En 1889, nouvel abcès volumineux qui s'ouvre seul; le malade entre de nouveau à la Pitié où il est dilaté pendant un mois.

Depuis lors, état stationnaire, le malade est obligé de se sonder, ses urines sont troubles, et de temps en temps formation de nouveaux abcès s'ouvrant seuls au périnée.

Depuis deux mois, les difficultés de miction ont augmenté ainsi que les symptômes de cystite. Besoins fréquents, efforts pénibles pour rendre quelques gouttes d'urine sanguinolente; douleurs dans le côté gauche.

A l'entrée, extrême fréquence, toutes les vingt minutes jour et nuit, et douleurs vives, urines purulentes, non sanguinolentes.

La vessie se vide. Rétrécissements multiples de l'urètre, admettant une bougie n° 10. Induration et fistules péritonéales.

Rien d'appréciable à la protaste, ni aux reins, poumons sains.

¹ Pasteau, thèse de Paris 1898. Obs. CXIX, inédite, p. 202. A été publiée en partie, par H. Hallé in *Ann. gén.-urin.*, 1896.

Noyaux d'induration dans la vésicule séminale et l'épididyme du côté gauche.

Le pus de la fistule périnéale ne contient pas de bacilles de Koch.

Urétrotomie interne le 1^{er} décembre ; légère réaction fébrile ; l'état général très médiocre ne s'améliore pas, et le malade succombe le 22 décembre.

*Autopsie*². — La portion pénienne de l'urètre paraît saine. La région bulbaire antérieure est rétrécie ; la muqueuse est blanche, dure, d'aspect cicatriciel. La région bulbaire postérieure et l'entrée de la membraneuse sont le siège d'une grande ulcération circulaire totale, à fond irrégulier, déchiqueté, sans caractères particuliers ; on y voit l'orifice de la fistule périnéale.

Prostate saine, région prostatique un peu dilatée.

Vessie petite, parois notablement épaissies. La paroi antérieure, la paroi latérale droite et le sommet vésical sont le siège d'une ulcération plate et creuse ; le fond déchiqueté, anfractueux, présente des lambeaux peu adhérents ; les bords sont indurés, un peu saillants ; au point de vue diagnostique, on hésite entre néoplasme vésical et ulcération tuberculeuse.

La muqueuse vésicale, dans le reste de son étendue, est dure, blanche, comme épidermée.

On trouve des masses ganglionnaires le long des vaisseaux iliaques internes droits et sous les iliaques externes. Ces masses adhèrent à la partie inférieure de la paroi latérale droite de la vessie.

Au-dessus de cette tumeur l'uretère est dilaté, le bassinnet également, le rein présente les lésions d'une pyélo-néphrite ancienne avec atrophie ; la substance rénale est réduite, dure, avec des zones d'un blanc jaunâtre.

A gauche, dilatation urétérale simple : rein atrophie ; dans le bassinnet, petit calcul allongé friable.

Au sommet du poumon, granulations tuberculeuses, jaunes, confluentes.

¹ Musée de Necker, pièce n° 384.

Examen histologique.— Au niveau du néoplasme, sur des coupes perpendiculaires à la surface, en divers points de l'ulcère néoplastique, on constate l'envahissement très profond de la paroi par la néoformation épithéliale.

Dans ces parties profondes, le néoplasme n'a que l'aspect banal du cancer alvéolaire ou de l'épithélioma lobulé à cellules polymorphes, granuleuses, à gros noyaux, réunies en noyaux allongés, anastomosés, limités par le tissu conjonctif.

Vers la surface, les caractères épidermiques apparaissent : on voit les boyaux épidermiques se renfler et former des globes épidermiques complets, plus ou moins abondants et réunis en îlots.

La muqueuse présente des lésions importantes, mais leur aspect n'est pas partout identique.

Dans un premier groupe, la muqueuse présente les caractères ordinaires de la leucoplasie; sclérose totale de la paroi vésicale, très marquée, à la fois inter et intrafasciculaire, avec dégénérescence avancée des faisceaux.

Ailleurs, il y a non seulement les lésions précédentes, mais encore le derme et la couche sous-muqueuse sont le siège d'une infiltration épithéliale manifestement néoplasique.

CHAPITRE III

DE L'ADÉNOPATHIE ILIAQUE DANS LE DIAGNOSTIC DU CANCER LATENT

On vient de voir un certain nombre d'observations dans lesquelles le diagnostic de cancer de la vessie n'a pu être porté, soit que le néoplasme ait évolué en l'absence de toute manifestation propre, soit qu'il ait emprunté les symptômes d'une autre affection.

Nous avons donc appliqué à ces sortes de cancer l'épithète de *latent*.

Mais toutes ces digressions importeraient peu aux cliniciens, si l'on n'entrevoyait pas au bout le moyen de diagnostiquer de semblables affections. Or, il est possible à tout praticien de découvrir un cancer de la vessie malgré ce caractère de latence. Empressons-nous d'ajouter que notre peu d'expérience en la matière enlèverait tout poids à notre affirmation, si nous ne pouvions nous appuyer sur l'enseignement clinique de notre maître, M. le professeur Rochet.

En effet, d'après cet auteur, lorsqu'on se trouvera en présence d'un urinaire se cachectisant, n'ayant pas eu d'hématurie, ne présentant aucun des symptômes habituellement rencontrés dans les tumeurs de la vessie, bref, lorsqu'on ne saura en quel point localiser un

néoplasme qu'on sait exister, mais qu'une symptomatologie bizarre a dissimulé, *dans ce cas on pourra porter le diagnostic de cancer latent de la vessie, si un engorgement ganglionnaire a été perçu dans les fosses iliaques droite ou gauche du sujet.*

Cet envahissement ganglionnaire ¹ constitue le deuxième stade, la phase d'infection de Virchow, et il est presque constant dans les épithéliomes.

En tout cas, l'assertion de notre maître a d'autant plus de valeur, que l'*adénopathie* constatée dans une région quelconque, indique invariablement qu'aux environs, dans les territoires tributaires de ces ganglions, *existe une tumeur*; seulement celle-ci peut être de petit volume et avoir échappé à un examen superficiel.

De plus, comme l'envahissement ganglionnaire ne se fait pas au hasard, sont atteints tout les premiers les ganglions où se rendent les lymphatiques de la région malade. L'*adénopathie* est régionale. Les vaisseaux blancs sont, en effet, la voie directe reliant le néoplasme primitif au ganglion secondairement atteint.

L'*adénopathie* dépend donc directement du néoplasme primitif.

M. Ranvier a bien montré que c'était par les lymphatiques que s'effectuait cette communication. Injectant par piqûre les alvéoles d'un carcinome, il a vu le bleu de Prusse pénétrer dans les lymphatiques. C'est cette même voie que suivent avec tant de facilité les cellules épithéliales pour aller infecter les ganglions.

¹ Le Dentu et Delbet, *Traité de chirurgie*, p. 411.

Les vaisseaux blancs sont le trait d'union entre le cancer d'une part et le ganglion de l'autre, mais par quel mécanisme le ganglion est-il atteint? Est-il envahi, comme le disent certains auteurs, par les vaisseaux lymphatiques qui auraient subi préalablement la greffe des cellules cancéreuses? En effet, on rencontre parfois, échelonnée sur les vaisseaux lymphatiques, toute une série de nodosités, comme si le néoplasme avait laissé trace de son passage avant son arrivée aux ganglions. La lymphangite carcinomateuse a alors précédé le cancer du ganglion.

Mais, d'habitude, l'envahissement ne procède pas ainsi. D'après MM. Soupault et Labbé¹, le vaisseau blanc reste indemne, et les cellules cancéreuses isolées qu'il charrie gagnent sans encombre le ganglion, où elles sont arrêtées. Il se produit une embolie à distance, et c'est là le processus le plus fréquent.

Ajoutons encore, avec Broca², que ces adénopathies se montrent exclusivement dans les ganglions qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques de la région envahie par la tumeur primitive. En outre, l'observation établit que ce sont les ganglions les plus rapprochés de la tumeur qui s'engorgent les premiers; sous ce nom de ganglions les plus rapprochés, nous désignons ceux qui reçoivent directement les vaisseaux lymphatiques de la tumeur; en d'autres termes, nous parlons de la distance anatomique et non de la distance mesurée en millimètres.

¹ Soupault et Labbé, *Rev. méd.*, n° 1, janvier 1900, p. 17.

² Broca, *Tr. des tumeurs*, 1866, p. 263.

Il est encore à noter que cet engorgement ganglionnaire, déjà si utile pour le diagnostic, peut servir pour le pronostic du cancer.

Broca¹ prétend, en effet, que les espèces de tumeurs qui se compliquent d'adénopathie sont, en général, plus graves que les autres, ce caractère faisant partie de ce qu'on appelle le cortège de la malignité. Or, les cancers sont de beaucoup les tumeurs le plus souvent compliquées d'engorgement ganglionnaire.

Féré², dans son mémoire sur le cancer de la vessie, revient sur le même sujet :

L'engorgement ganglionnaire de la fosse iliaque se rencontre très rarement, mais lorsqu'on le trouve, c'est un signe d'une grande valeur, puisqu'il caractérise les tumeurs de mauvaise nature. Il faut toujours le chercher.

Étant données ces quelques considérations, abordons les deux observations de cancers latents, diagnostiqués cependant du vivant du malade.

¹ Broca, *loc. cit.*

² Féré, *Mémoire*, 1881, p. 89.

OBSERVATION XXII (inédite¹).

Nous fûmes appelé dans le service de M. Garrel, médecin des hôpitaux, pour un vieillard de soixante-douze ans, entré chez lui depuis une quinzaine de jours, et qui ne se plaignait absolument de rien, si ce n'est d'une tumeur dans la fosse iliaque droite.

Cette tumeur, survenue, disait-il, depuis deux ou trois mois, était dure, semblait adhérente au bassin et de la grosseur d'une petite orange environ.

Comme consistance, elle faisait penser à un enchondrome ou à un carcinome du bassin.

Toujours de ce même côté droit, existait en outre une sorte de *phlegmatia alba dolens* du membre correspondant.

A l'interrogatoire du malade, rien de très saillant.

Il prétendait bien se porter, mais accusait depuis quelque temps des besoins fréquents d'uriner, surtout la nuit, comme aurait fait un prostatique rétentionniste.

En l'examinant plus attentivement, nous découvrîmes, en effet, une vessie très distendue, et ordonnâmes alors de le sonder très régulièrement.

Quelques jours plus tard on vint tout d'un coup nous prévenir que le malade n'urinaît plus et souffrait énormément de la vessie. On avait essayé de le sonder, mais la sonde avait ramené simplement un peu d'urine sanguinolente, bien que la vessie fût très distendue et dure.

Devant l'état cachectique du malade, en présence des phéno-

¹ Due, ainsi que la suivante, à l'extrême obligeance de M. le Pr Rochet, chirurgien des hôpitaux.

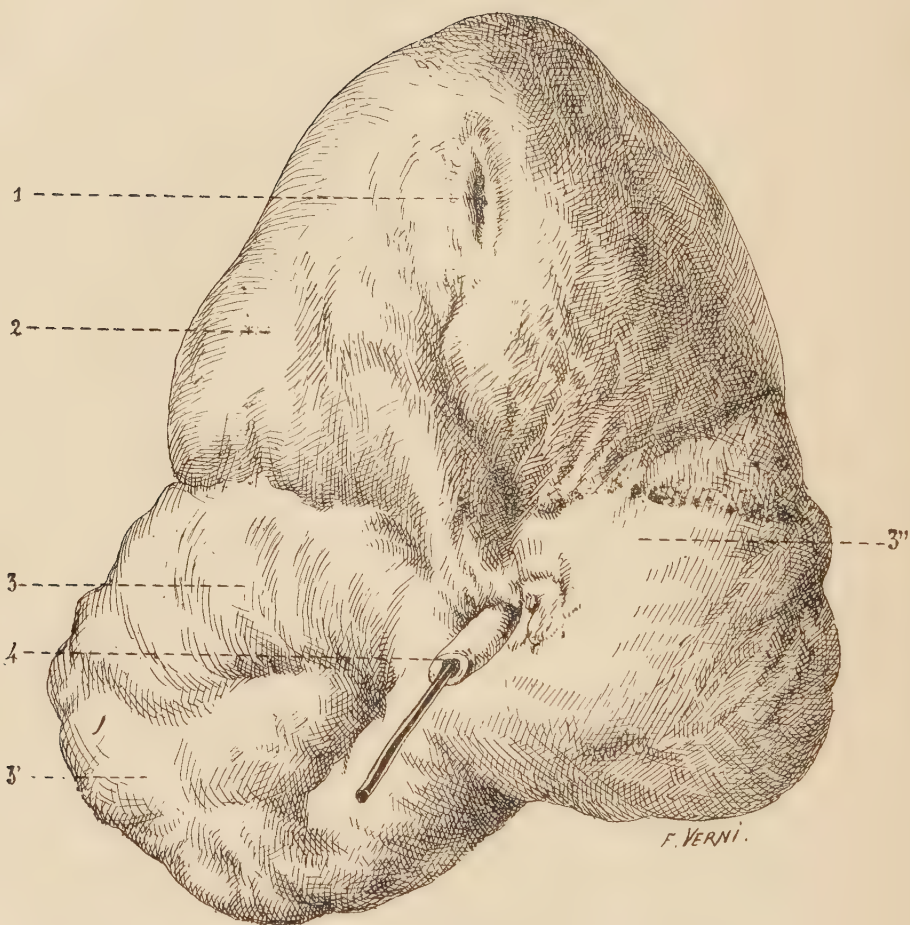
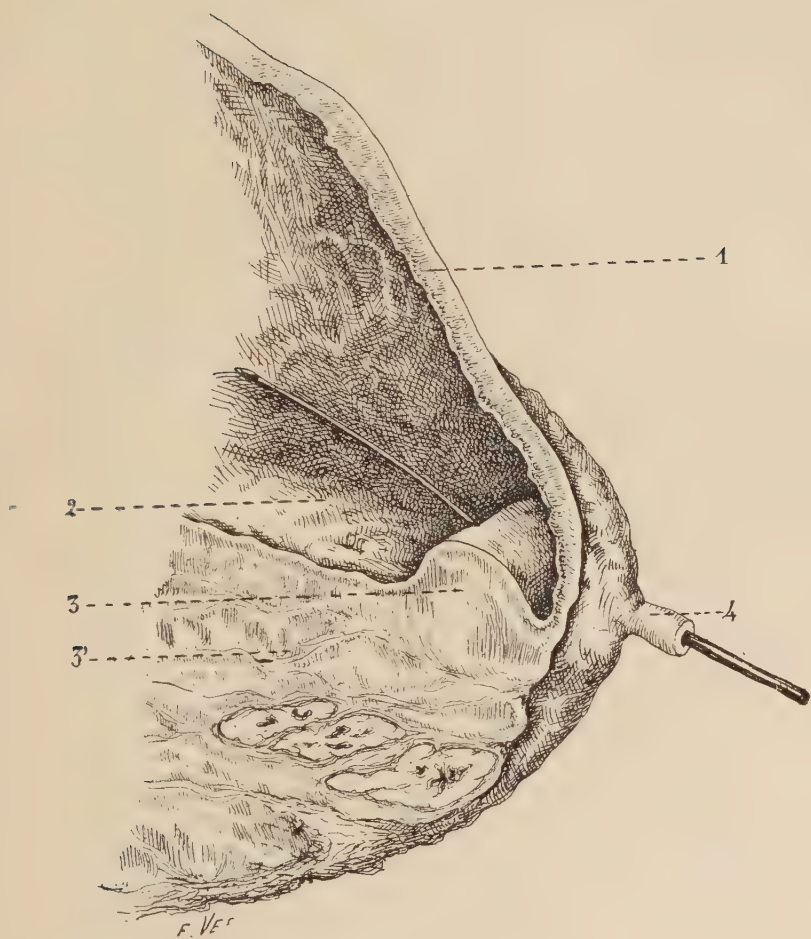


FIG. 1. — *Vessie et prostate vues de face.*

1. Ouverture de la cystostomie.
2. Paroi antérieure de la vessie.
3. Lobe droit de la prostate, partie supérieure.
- 3'. Lobe droit de la prostate, partie inférieure.
- 3". Lobe gauche de la prostate.
4. Canal de l'urètre.

FIG. 2. — *Vessie et prostate vues en coupe.*

1. Paroi antérieure de la vessie.
2. Base de la vessie ou plancher vésical.
3. Luette vésicale.
- 3'. Prostate.
4. Canal de l'urètre.



mènes qu'il présentait du côté de son appareil urinaire, *mais surtout étant donnée l'apparition de la masse dure dans la fosse iliaque droite*, nous émîmes l'hypothèse que l'on se trouvait en présence d'une tumeur du plancher vésical et de la prostate, ayant évolué sans donner lieu aux symptômes classiques de cette affection.

Supposant que le col était obstrué par des caillots, nous pratiquâmes la taille hypogastrique. Celle-ci nous permit en effet de voir que la cavité vésicale était remplie par d'énormes caillots. Nous pûmes également sentir une tumeur dure sur le plancher vésical; à droite, tumeur en connexion presque directe avec la masse sentie dans la fosse iliaque.

C'est la première fois que le malade avait saigné de la vessie.

Il mourut deux jours après.

A l'autopsie, on trouva les lésions suivantes :

Dans la fosse iliaque droite, un peu au-dessus de la portion moyenne de l'arcade fémorale, se voit une masse dure, résistante au toucher, adhérente aux parties avoisinantes et affectant d'assez grandes dimensions.

Elle mesure en effet 8 centimètres environ dans sa portion la plus large, sur 9 à 10 centimètres de longueur, et a plus de 1 centimètre d'épaisseur.

Quant à l'aspect de la vessie, l'examen des planches ci-jointes le rendra plus compréhensible¹.

La paroi postérieure de la vessie fait défaut, mais restent encore les faces latérales, et la face antérieure sur laquelle se voit l'orifice de la cystostomie.

Quant au plancher vésical, siège de la tumeur, il fait corps avec la prostate, d'où la présence d'une masse aux dimensions inusitées.

Perpendiculairement, on trouve une moyenne de 7 centimètres, bien que le lobe droit descende d'une manière plus marquée et en mesure près de 8.

¹ Nous tenons ici à remercier publiquement M. Verni, dont nous avons mis à contribution l'obligeance et l'habileté bien connues, pour la confection des planches relatives à cette observation,

Transversalement on note 8 centimètres, et enfin, d'avant en arrière, on trouve 7 centimètres.

Le canal de l'urètre, que l'on a essayé d'isoler, se perd au milieu de cette masse et, pour le rendre perceptible au niveau du trigone, on a dû y passer une petite sonde.

L'examen microscopique de la tumeur a été pratiqué par M. le professeur agrégé Paviot, médecin des hôpitaux, et a donné les résultats suivants :

« Les coupes révèlent une tumeur à grands alvéoles constitués par un tissu conjonctif peu dense. Ces alvéoles sont remplis par des cellules qui, à un faible grossissement, sont toutes rondes et gardent en elles un noyau faiblement coloré. »

« A un fort grossissement ces cellules sont bien rondes, mais il est manifeste alors qu'elles ont un protoplasma abondant, granuleux et un peu jaunâtre, que leurs limites cellulaires, sans être très apparentes, sont au moins visibles, que leurs noyaux sont vésiculeux, à chromatine peu dense. Au total, ces cellules, tout en étant rondes, sont nettement épithélioïdes, et, n'étant la dimension des alvéoles, on est frappé de la ressemblance que la tumeur offre avec l'épithélioma testiculaire à petites cellules.

« Nulle part, au moins dans le fragment que l'on a soumis aux coupes microscopiques, il n'est possible de voir la transition entre les glandes de l'organe et la néoplasie ci-dessus décrite.

« Il ne semble cependant pas qu'il y eût de doute pour son origine épithéliale ; on peut du moins affirmer que ce n'est pas un cancer du tissu musculaire lisse de l'organe, car ces cellules rondes sont trop volumineuses, et de plus, dans les parties où les faisceaux musculaires lisses de la prostate sont envahis par la tumeur, on les voit disparaître brusquement, fondre devant l'envahissement, et non pas présenter une persistance plus ou moins complète avec petites cellules sarcomateuses apparaissant çà et là. »

En somme, l'autopsie et l'examen histologique viennent corroborer le diagnostic fait par notre maître, M. Rochet. On s'est trouvé en présence d'un cancer épithélial glandulaire de la prostate, à petites cellules, qui a gagné le plancher vésical et a évolué en l'absence de tout symptôme propre.

OBSERVATION XXIII (inédite¹).

X , âgé de soixante-quatre ans, est soigné depuis deux ans pour de la rétention incomplète d'urine mise sur le compte d'une hypertrophie prostatique. Et, en effet, par le toucher rectal on sent une prostate grosse et dure.

Des essais de sondage quotidiens régulièrement faits n'ayant amené aucune amélioration, de la cystite purulente étant même survenue avec vives douleurs, et le malade périlissant comme état général (fièvre, amaigrissement rapide, etc.), nous lui proposâmes la taille sus-pubienne pour évacuer largement la vessie.

L'opération fut suivie d'une détente marquée de la part de tous les phénomènes généraux et d'une grande amélioration.

On entretint la fistule hypogastrique ouverte, car au moindre essai de fermeture, le malade recommençait à souffrir.

Au bout de quatre mois, l'état général est parfait. Le malade a repris appétit, il engraisse et il peut être considéré comme guéri.

Mais bientôt, quoique la vessie se vidât toujours bien par la fistule hypogastrique, des symptômes de cachexie progressive commencèrent à faire leur apparition.

Le malade avait des accès de fièvre assez répétés, du dégoût pour les aliments, son teint devenait jaune, terreux, etc.

Ces symptômes allèrent en s'accroissant, sans que rien pût les expliquer localement. La prostate était toujours grosse et très dure.

En même temps, le malade commençait à se plaindre d'une *petite grosseur survenue dans la fosse iliaque gauche*. Cette tuméfaction était dure, profonde, douloureuse à la pression.

¹ M. le Pr Rochet.

Nous pensâmes alors qu'il s'agissait, averti par notre cas précédent, de la généralisation d'une tumeur du plancher vésical et de la prostate.

Pour éclaircir la question et nous rendre compte de l'état intérieur de la vessie, le malade fut anesthésié. La fistule hypogastrique fut agrandie et nous pûmes introduire le doigt.

On sentit alors très nettement plusieurs noyaux durs, résistants, disséminés sur la base de la vessie.

Le malade succomba quelque temps après cette intervention. La première opération datait de quatorze mois et lui avait procuré le plus grand bénéfice.

Voici donc une tumeur du plancher vésical, partie probablement d'une hypertrophie prostatique dégénérée en cancer, et qui n'avait donné lieu au début qu'à des symptômes de rétention.

Plus tard, quand la rétention eut été mise hors de cause par la cystostomie, la tumeur se manifesta par de la cachexie progressive et, finalement, par un engorgement ganglionnaire péri-vésical. Notons que le malade n'avait jamais eu d'hématurie à proprement parler.

CHAPITRE IV

ADÉNOPATHIE ILIAQUE CONSTATÉE CLINIQUEMENT AU COURS DE CANCERS VÉSICAUX

Les deux cas de notre maître, M. le professeur Rochet, ne sont pas des raretés au point de vue de l'engorgement ganglionnaire, témoin les *douze observations* qui suivent, et dans lesquelles nous ne disons pas qu'il y a eu cancer latent, ni que les ganglions ont servi à établir un diagnostic douteux, mais où cette *constatation des ganglions iliaques*, au cours de néoplasmes de la vessie bien et dûment diagnostiqués, *a été faite cliniquement*.

M. Albarran¹ semble d'ailleurs partager notre manière de voir au sujet de cette adénopathie iliaque. « A l'hôpital, j'ai vu, dit-il, tout dernièrement, un homme atteint de *cancer de la vessie avec une grosse masse ganglionnaire dans la fosse iliaque droite*, mais le malade ayant quitté le service, je n'ai pu suivre son observation. »

Il est vrai que ce n'est pas sans de longues discussions que cette propagation ganglionnaire a été admise pour les tumeurs de la vessie.

¹ Albarran, *loc. cit.*, p. 68.

« Jusqu'à ces dernières années, dit M. Pasteau ¹, il était absolument classique de déclarer que les néoplasmes vésicaux ne s'accompagnaient jamais d'adénopathie. »

En 1886, M. Guyon² n'avait trouvé que quatre observations dans lesquelles les ganglions étaient envahis, et encore le cancer n'était-il pas limité à la vessie seule.

Il faut chercher la raison de cette manière de voir dans l'absence, paraît-il, des lymphatiques de la vessie, absence qui isolait en quelque sorte les néoplasmes de cet organe du reste de l'économie.

Les chirurgiens étrangers³ avaient les mêmes idées, et les rares tumeurs limitées à la vessie et qui avaient donné lieu à des adénopathies iliaques ou lombaires, étaient considérées comme des exceptions.

Lacaze-Dori⁴ pourtant, admit l'adénopathie dans les cas de cancer encéphaloïde ; Billroth⁵ et Féré⁶ furent également de cet avis.

En 1890, Guiard⁷ déclare que « cette recherche du retentissement ganglionnaire restera le plus souvent négative et, en tout cas, quelle est si exceptionnelle,

¹ Pasteau, thèse Paris 1898-1899, p. 41.

² Guyon, congrès français chirurgie (*Ann. org. gén.-urin.* 1886, p. 662).

³ E. Küster, *Volkman Sammbung klin. Vorträge*, 1886, p. 2359.

⁴ Lacaze-Dori, th. Paris 1852.

⁵ Billroth, *Eléments path. chir. gén.* 1868, p. 783.

⁶ Féré, *Mémoire*, Paris 1881.

⁷ Guiard, Du diagnostic des néoplasmes vésicaux. (*Arch. gén. de méd.*, 1891, p. 269.

qu'on ne peut vraiment pas lui accorder en pratique une valeur positive ». Tel n'est pas notre avis, et, dans l'ensemble, les propagations lymphathiques dans les tumeurs de la vessie sont assez fréquentes, surtout quand il s'agit de néoplasmes infiltrés.

Bien qu'il soit rare de trouver les ganglions iliaques cliniquement, à cause de leur grande profondeur, nos observations montrent que cela est possible.

D'ailleurs, parmi ces ganglions, il en est qui se sentent toujours facilement. Ce sont ceux qui se trouvent sur le bord du détroit supérieur, le long des vaisseaux iliaques, externes ou primitifs. Formant des masses ordinairement très volumineuses, ils débordent dans la fosse iliaque et sont facilement perceptibles au-dessus de l'arcade crurale.

TABLEAU

Des observations de cancers vésicaux
où des ganglions iliaques ont été trouvés

CLINIQUEMENT

**Observations de cancers vésicaux ou l'on a trouvé
CLINIQUEMENT des ganglions dans les fosses iliaques**

Nos	AUTEURS Indications bibliographiques	SEXE	AGE	LÉSIONS VÉSICALES	CONSTATATIONS CLINIQUES
24	Civiale, <i>Traité des maladies des organes gén.-urin.</i> , Paris 1853, t. II, p. 207.	H	»	Épithélioma.	Masse ganglionnaire dans fosse iliaque gauche.
25	Armittage, in THOMPSON, 1861, p. 273.	H	65	Cancer de la musculéuse.	Masses dures dans les deux fosses iliaques.
26	Phillipart, <i>Bull. acad. roy. méd. Belgique</i> , 1878, 3 ^e série, XII, p. 251.	H	48	Ulcération cancéreuse du sommet.	Ganglions durs, engorgés, douloureux par palper, dans fosse iliaque droite.
27	Féré, <i>Mémoire</i> , Paris, 1881. Obs. XX, p. 107.	H	57	Cancer du col.	Ganglions iliaques pris à droite et à gauche.
28	Adenot, <i>Lyon médical</i> , 1895, p. 310.	H	66	Cancer du bas-fond.	Ganglions perçus à la partie inférieure de la fosse iliaque, au-dessus de l'arcade de Fallope.
29	Pasteau, Thèse Paris 1898. Obs. 101 (inédite), p. 191.	F	62	Épithélioma infiltré de la paroi postérieure.	Masse dans fosse iliaque gauche.
30	<i>Ibid.</i> Obser. 108, p. 190.	H	68	Cancer villeux infiltré.	Masse ganglionnaire dans fosse iliaque gauche.
31	<i>Ibid.</i> Obser. 122, p. 208.	H	59	Cancer infiltré.	Au palper, on sent ganglions dans fosse iliaque gauche
32	<i>Ibid.</i> Obs. 126 (personnelle), p. 211.	H	28	Cancroïde.	Ganglions dans deux fosses iliaques.
33	<i>Ibid.</i> Obs. 127 (inédite), p. 213.	H	59	Cancer infiltré.	Ganglions dans fosse iliaque droite.
34	<i>Ibid.</i> Obs. 128 (inédite), p. 213.	H	72	Cancer infiltré.	Ganglions dans fosses iliaques droite et gauche.
35	<i>Ibid.</i> Obs. 129 (personnelle), p. 129.	H	70	Épithélioma infiltré	Ganglions produisant empatement dans fosse iliaque gauche.

OBSERVATION XXIV (Civiale ⁴).

Un malade de Saint, près Coulommiers, éprouvant depuis quelques années des douleurs vésicales, se fit admettre dans mon service. Mais son état était si grave, qu'il succomba avant même que j'eusse pratiqué les explorations nécessaires pour déterminer la nature de sa maladie.

J'avais remarqué à l'hypogastre deux tumeurs, dont une, plus saillante, *occupait le côté gauche*. On s'assura, à l'autopsie, que les parois vésicales étaient fort épaisses, et que les tumeurs indiquées étaient formées par des *masses de tissu lardacé, qui remplissaient l'excavation pelvienne et une partie de la fosse iliaque gauche. Ces masses faisaient corps avec les parois de la vessie*, dont la cavité ne conservait plus rien de sa forme et de sa couleur normales.

La surface interne de cette cavité était en partie incrustée de matière terreuse, formant en certains endroits plusieurs couches distinctes, et adhérant à la vessie avec tant de force, que les plus profondes de ces couches ne purent être enlevées.

Les glandes inguinales étaient tuméfiées et dégénérées. La cavité abdominale était en partie occupée par des agglomérations glandulaires, également dégénérées, volumineuses, et ramollies dans certains points. Dans le rein droit existaient des graviers. Le rein gauche, plus volumineux que dans l'état normal, contenait plusieurs abcès.

⁴ Civiale, *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, Paris, 1858, t. II, p. 207, obs. VII, (thèse de Pasteau, Paris, 1898, obs. LXXI, p. 160.

OBSERVATION XXV (résumée, Armittage¹)

Homme de soixante-cinq ans qui, vingt-deux mois avant sa mort, fut pris de douleurs dans la région sacrée. Il eut, plus tard, à diverses reprises, des hématuries plus ou moins abondantes.

Quand Armittage le vit, il était obligé d'uriner souvent et le faisait avec douleur. Il y avait, en outre, un peu de paralysie de la vessie.

Le toucher rectal fit constater dans la région prostatique une tumeur dure, ayant environ le volume d'un gros œuf d'oie, mais débordant beaucoup plus à gauche qu'à droite. Dans les deux aines, mais plus volumineux à droite, on trouva des ganglions hypertrophiés et durs, et *on sentit des tumeurs analogues dans les fosses iliaques*.

A l'autopsie, Thompson trouva de petites tumeurs dans la paroi musculaire de la vessie et une plus volumineuse entre la prostate et l'orifice de l'uretère gauche.

La prostate est quatre fois plus grosse qu'à l'état normal. Elle est bosselée, le lobe gauche est plus volumineux que le droit. La vésicule séminale gauche, ouverte, laisse écouler un liquide jaunâtre, épais, contenant des débris de tissu. Elle est très épaissie, et son tissu est infiltré de dépôt cancéreux. Mêmes lésions mais moins avancées de la vésicule séminale droite.

A la coupe, les tissus sont infiltrés d'une matière blanche, d'où découle, à la pression, un abondant suc crémeux. Sous le microscope se rencontrent de nombreuses cellules caractéristiques du cancer.

² Armittage, in Pasteau, thèse Paris, 1898, p. 111, obs VII.

OBSERVATION XXVI (Philippart¹) (résumée).

M..., âgé de quarante-huit ans, était atteint depuis quatorze ou quinze mois de dysurie, puis d'hématurie. Le sang augmenta de plus en plus dans l'urine, qui contenait aussi des débris sphacelés. Au palper abdominal, il existait de la résistance dans la région hypogastrique; la percussion rendait un son clair partout excepté à la région sus-pubienne et *dans la fosse iliaque droite, où le palper constatait une pléiade de ganglions durs, engorgés et douloureux.*

Le membre inférieur droit était très œdématié, depuis sa racine jusqu'au pied.

L'index gauche, introduit dans le rectum, peut constater, vers la cloison recto-vésicale, une tumeur dure, bosselée, irrégulièrement arrondie, de la grosseur d'un poing d'enfant, dont il ne pouvait atteindre la limite supérieure.

Mort de cachexie huit jours après l'examen.

Autopsie : ulcérations cancéreuses au sommet de la vessie et nombreuses nodosités disséminées çà et là.

À droite, le corps squirreux de la vessie se continue avec une masse ganglionnaire dure, squirreuse, volumineuse, très adhérente à la face postérieure de la branche horizontale du pubis droit, à l'aponévrose des muscles iliaque et psoas réunis, et allant jusqu'aux ganglions de l'aîne également dégénérés.

¹ Philippart, *Bulletin Acad. roy. méd.*, Belgique, 1878, 3^e série XII, p. 251, in Pasteau, thèse, Paris, 1898, page 165, obs. LXXIX.

OBSERVATION XXVII (Féré¹) (résumée).

Le nommé X..., âgé de cinquante-sept ans, entre le 15 janvier 1877 dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker.

A eu autrefois 2 chaudepisses ; jamais d'accidents jusqu'à il y a treize mois.

A cette époque, lenteur de la miction, sans fréquence ni douleur. Jamais n'a eu d'hématuries. La sonde, depuis quatre mois, a fait rendre quelques graviers. Pas de rétrécissements ni de calcul vésical. Un peu de pus sur la boule de l'explorateur. Prostate grosse et bosselée. Vessie dilatée.

18 janvier. — Urines troubles, rougeâtres, avec dépôt abondant.

22 janvier. — Au pli de l'aîne droite, ganglions durs, gros, glissant sous le doigt. *Ganglions iliaques pris à droite et à gauche.*

12 février. — Les tumeurs ont grossi (prostate et ganglions). Perforation du rectum. Urines passant par l'anus.

15 février. — Le malade est pris d'un ictère intense qui se généralise en trente-six heures.

22 février. — Mort.

Autopsie. — Noyaux cancéreux dans le foie, peu augmenté de volume. Reins congestionnés, sans noyaux cancéreux.

Vessie intacte dans les deux tiers supérieurs, sauf un peu d'inflammation chronique et d'hypertrophie. Destruction complète de la partie prostatique de l'urètre et de la vessie, avec perforation complète du rectum.

Les ganglions inguinaux et iliaques sont indurés et forment une masse bosselée, dure, sans suppuration, etc.

¹ Féré, Observation XIII, thèse de Pasteau, Paris 1898, p. 115.

OBSERVATION XXVIII (Adenot ¹).

Il existe de petits ganglions inguinaux des deux côtés, et il est même facile d'en sentir quelques autres dans la partie inférieure de la fosse iliaque, au-dessus de l'arcade de Fallope. Mais ces ganglions petits sont difficiles à expliquer par la tumeur du canal.

¹ Adenot, déjà cité à propos d'un cas de cancer latent, p. 56 obs. XVII.

OBSERVATION XXIX (Pasteau ¹) (résumée).

La nommée Pauline L..., dentelière, âgée de soixante-deux ans, entrée le 28 septembre 1869 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Pauline, n° 8, service de M. Guyon.

Cette femme arrive à l'hôpital, pouvant à peine marcher; elle dit avoir les jambes enflées et souffrir beaucoup en urinant. Elle nous montre un petit calcul qu'elle a rendu en 1847, spontanément à la suite d'une colique néphrétique.

A partir de cette époque, elle a eu plusieurs accès de colique.

Depuis quelque temps seulement, elle éprouve des difficultés de plus en plus grandes et des douleurs vives en urinant.

Elle a beaucoup maigri, ses jambes ont enflé, et elle se plaint de douleurs, du côté de la hanche gauche surtout.

Les urines renferment un dépôt de pus abondant.

On sent dans les flancs deux tumeurs sensibles à la pression, celle de gauche paraît plus volumineuse que celle de droite, qui donne la sensation d'un rein flottant. *En outre, dans la fosse iliaque gauche, on sent une tumeur assez volumineuse.*

Par le toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus refoulé à droite et en haut, et paraissant sain du reste. Au niveau du col de la vessie, le doigt rencontre une tumeur volumineuse, qui, s'étend en arrière et à gauche, dans la direction de la fosse iliaque, les pressions se communiquent de la fosse iliaque au doigt qui touche. L'exploration de la vessie n'y fait rencontrer aucun calcul.

Pas d'engorgement des ganglions inguinaux.

¹ Pasteau, observation CI, inédite, thèse Paris, 1895, p. 181.

La malade reste dans le même état les jours suivants; fièvre tous les soirs, amaigrissement extrême, mictions accompagnées de vives douleurs. Elle meurt le 10 octobre.

*Autopsie*¹. — Poumons, foie, rate, intestins, cœur ne présentent rien de particulier.

Les deux reins sont convertis en deux tumeurs volumineuses

Le rein gauche est transformé en poche purulente et adhère aux organes voisins.

Le rein droit est complètement rempli par de gros calculs brunâtres qui se ramifient dans le bassinet, les calices et la substance même du rein.

Nombreux ganglions iliaques externes et internes jusqu'à la bifurcation de l'iliaque primitive. Ganglions le long de l'uretère gauche.

Vessie ouverte est petite, remplie de liquide puriforme. Son bas-fond et une grande partie de sa face postérieure sont occupés par une grosse tumeur végétante, mamelonnée, recouverte en partie par la muqueuse, qui présente des ulcérations anfractueuses à son niveau.

L'examen microscopique de la tumeur iliaque et du fungus de la vessie démontre qu'ils sont composés du même tissu, c'est un épithélioma pavimenteux lobulé, formé de grandes cellules pavimenteuses, larges et aplaties, polyédriques, présentant un noyau et de nombreuses granulations graisseuses.

La muqueuse vésicale, dans le reste de son étendue, est chroniquement enflammée, le derme muqueux est épaissi et vasculaire, le revêtement épithélial a disparu²

¹ Musée de Necker, pièce n° 34.

² N. Hallé, *Ann. gén. urin.*, 1896, p. 585.

OBSERVATION XXX (Pasteau⁴) (résumée).

Le nommé D... Henri, fondeur en cristaux, âgé de soixante-huit ans, entre le 11 avril 1890, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 18, service de M. le professeur Guyon.

En octobre 1889, sans cause appréciable, apparaît une hématurie assez abondante; le malade, qui avait de la fréquence des mictions depuis quelque temps, pisse du sang pur; puis l'état s'améliore, et les phénomènes morbides disparaissent pendant cinq mois.

Vers le 20 mars 1890, retour de l'hématurie; le malade entre à l'hôpital Lariboisière, puis vient consulter à Necker.

Grand amaigrissement mais néanmoins assez bon état général.

Grâce à l'emploi de la cocaïne, la vessie irritable permet un examen à l'endoscope de Leiter, au moyen duquel on constate une surface néoplasique assez étendue.

Le malade, qui avait demandé à sortir le 2 juin et qui était sensiblement amélioré, revient à l'hôpital le 2 février 1891.

Il n'a eu depuis son départ ni douleur ni hématurie, mais, il y a huit jours, est apparue à la fin de la miction une sensation de brûlure qui a persisté depuis. Il n'y a pas de sang dans les urines, mais elles sont très fétides.

3 et 4 février. — Apparaît sans cause une hématurie assez abondante.

14 février — M. Guyon constate que les deux reins sont volumineux et *qu'il existe des ganglions très nettement appréciables dans la fosse iliaque gauche*. Le toucher rectal permet de sentir du côté gauche un néoplasme qui arrive jusqu'à la ligne médiane.

1^{er} mai. — Le malade ne souffrant plus demande à quitter l'hôpital.

⁴ Pasteau, Observation inédite, n° CVIII, thèse Paris 1898. p. 190.

OBSERVATION XXXI (Pasteau¹) (résumée).

Le nommé P..., hôtelier, âgé de cinquante-neuf ans, entre le 3 juillet à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 13, service de M. le professeur Guyon.

Chancre induré en 1864. Blennorragie en 1880. Troubles dyspeptiques depuis 1890.

Depuis juin 1874, symptômes de cystite, mictions fréquentes toutes les vingt minutes, jour et nuit.

Urines troubles, fétides, mais cependant pas de douleur à la miction.

Pendant la semaine qui a précédé l'entrée à l'hôpital, le malade a uriné deux fois du sang.

L'explorateur métallique évolue facilement dans la moitié droite de la vessie et non à gauche.

Le simple palper superficiel fait sentir une masse volumineuse dans la fosse iliaque gauche. Du même côté, il existe au-dessus de la clavicule un paquet ganglionnaire.

16 juillet. — Le malade allant mieux quitte l'hôpital.

¹ Observation inédite n° CXXII, p. 208.

OBSERVATION XXXII (Pasteur¹) (résumée).

Le nommé Léon D..., employé, âgé de vingt-huit ans, entré le 20 avril 1890 à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 25, service de M. le professeur Guyon.

Se plaignait déjà depuis trois ans de phénomènes de cystite intense et d'hématurie qui avaient fait penser à de la tuberculose urinaire, étant donné l'état d'anémie et d'amaigrissement du malade.

Par la cystoscopie on diagnostiqua un néoplasme pédiculé que M. le professeur Guyon extirpa le 28 avril 1890. C'était un épithélioma papillaire pavimenteux.

Il quitta l'hôpital au début de juin 1890.

Il y revint en septembre 1892, ayant eu de nouvelles hématuries.

Un nouvel examen au cystoscope permit de constater un épithélioma sessile d'assez grande étendue, qui fut enlevé par M. Albarran le 9 septembre. Le malade quitta le service en novembre.

15 juillet 1895, 30 septembre 1896. — Le malade fait des séjours successifs à cause d'hématuries rebelles qui nécessitent chaque fois une taille hypogastrique, que pratique M. Albarran.

La tumeur, d'abord pédiculée puis sessile, s'est infiltrée.

9 novembre 1896. — Le malade quitte le service, la cicatrice est parfaite.

On apprend la mort du malade en mars 1897 ; *quelque temps avant on avait pu constater la présence de ganglions dans les deux fosses iliaques.*

¹ Observation personnelle. n° CXXVI, p. 211. La première partie a été publiée par M. Albarran *in* Bensa, thèse, Paris, 1897.

OBSERVATION XXXIII (Pasteau¹).

Le nommé Pierre L..., âgé de cinquante-neuf ans, entré le 15 avril 1897 à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 26, service de M. le professeur Guyon.

Depuis dix ans, hématuries terminales durant six ou sept heures et se reproduisant une fois par mois à l'occasion d'une marche, d'une fatigue.

Depuis quinze jours, les hématuries ont augmenté et sont devenues totales.

On trouve dans la fosse iliaque droite un ganglion augmenté de volume.

La prostate n'est pas augmentée de volume, tandis que la vessie l'est notablement à gauche. La paroi latérale de ce côté paraît épaisse et ses contours pas tout à fait réguliers. L'augmentation de volume est de deux travers de doigt; pas de bosselures appréciables, mais un ensemble un peu résistant.

¹ Pasteau, obs. CXXVII, inédite, p. 213.

OBSERVATION XXXIV (Pasteau¹) (résumée).

Le nommé Pierre Henri S..., âgé de soixante-douze ans, surveillant à la Bourse du Travail, entre, le 11 novembre 1897, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 13, service de M. le professeur Guyon.

Jamais de blennorrhagie. Fièvre typhoïde à vingt ans.

Depuis deux ou trois ans, avait un peu de difficulté pour uriner et éprouvait une légère douleur au commencement de la miction.

Depuis le mois de juin 1897, il a des hématuries qui disparaissent un jour ou deux pour réapparaître ensuite sans cause apparente et durer un ou deux jours.

Il a de l'œdème des membres inférieurs.

On sent des ganglions dans les deux fosses iliaques.

Mort le 14 novembre à 8 heures du matin.

Autopsie : épithélioma infiltré de la paroi antérieure de la vessie.

Nombreux ganglions le long des vaisseaux iliaques, le long de l'uretère gauche jusque devant l'aorte.

¹ Pasteau, obs. CXXVIII, inédite, p. 213.

OBSERVATION XXXV (Pasteau⁴) (résumée).

Le nommé F..., âgé de soixante-dix ans, monteur en bronze, entré le 30 mars 1898, salle Velpeau, lit n° 30, service de M. le professeur Guyon.

Jamais de blennorragie.

Il y a six ans, le malade commence à uriner toutes les heures le jour. On lui fait des lavages de vessie à la Charité.

Il y a trois mois, il commence à avoir des incontinenances nocturnes d'abord, diurnes ensuite.

Le 10 février, il vient consulter à la salle de la Terrasse. La vessie, de capacité 200 grammes, saigne facilement. La prostate est moyenne.

On sent une tumeur développée sur la paroi gauche de la vessie. Elle remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

On trouve des ganglions produisant un empatement profond dans la fosse iliaque gauche.

Mort le 12 août.

Autopsie : tout le bas-fond vésical est occupé par un néoplasme énorme que l'examen histologique a montré être un épithélioma lobulé.

⁴ Pasteau, obs. CXXIX, inédite, p. 214.

CHAPITRE V

ADÉNOPATHIE ILIAQUE CONSTATÉE A L'AUTOPSIE AU COURS DE CANCERS VÉSICAUX

« Si on rencontre si rarement en clinique l'engorgement des ganglions iliaques, dit M. Albarran¹, c'est à tort. Cette adénopathie est plus fréquente qu'on ne le croit, seulement on ne s'est pas donné assez de peine pour la rechercher, car, pour mon compte, je l'ai presque toujours rencontrée. Il est vrai que les ganglions sont peu développés, qu'ils sont cachés et comme perdus au milieu du tissu cellulaire entourant les vaisseaux hypogastriques et iliaques, et qu'ils peuvent passer inaperçus à un examen superficiel. Au début², l'adénopathie ne se révèle, en effet, par aucun signe particulier, mais à une période plus avancée elle se traduit par des symptômes en rapport avec l'augmentation de volume des ganglions.

Ce sont tout d'abord des troubles fonctionnels très marqués. Les ganglions peuvent, en effet, comprimer contre un plan osseux, colonne, bassin, les vaisseaux le long desquels ils sont situés, et la compression des

¹ Albarran, *loc. cit.*, p. 61.

² Soupault et Labbé, *loc. cit.*, p. 153, février 1900.

veines en particulier amène un symptôme de grande valeur, à savoir l'œdème. Ils s'étend à tout un membre inférieur, sans que rien le distingue des autres œdèmes par compression.

MM. Voillemier et Le Dentu¹, Féré² en ont cité de beaux exemples, et nous-même, dans notre thèse, citons deux observations de cancer latent de MM. Brault³ et de Gennes et Griffon⁴, dans lesquelles l'œdème des membres inférieurs est signalé.

S'il existe une masse volumineuse le long de l'iliaque interne, on pourra de même assister à l'apparition de douleurs dans la zone du sciatique, douleurs correspondant à la compression des racines de ce nerf. Comme le dit Faure⁵ dans une revue très intéressante : « Ces douleurs irradiées le long des membres sont la marque certaine d'une infiltration ganglionnaire de trop faible importance pour qu'il soit possible de la constater par l'exploration la plus attentive. » Notre première observation⁶ de cancer latent est un exemple de ces douleurs sciatiques au cours d'un néoplasme de la vessie. On peut encore citer les cas de MM. Lebert⁷, Crous y Casellas⁸, Féré, etc.

¹ Voillemier et Le Dentu, *Traité des mal. des voies urin.*, 1881, II, p. 410.

² Féré, *loc. cit.*, p. 90.

³ Brault, obs. XVIII, p. 82.

⁴ De Gennes et Griffon, obs. XIX, p. 92.

⁵ Faure, *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 16 février 1895, p. 77.

⁶ Bergeon, *loc. cit.*, obs. I, p. 31.

⁷ Lebert, *Traité des tumeurs*, II, p. 366.

⁸ Crous y Casellas, *Revista de Ciencias medicas*, Barcelone 1878, p. 445.

La recherche des signes physiques des adénopathies profondes est des plus délicates. des plus incertaines. La percussion, la palpation hypogastrique associée ou non au toucher rectal ou vaginal, peuvent bien faire soupçonner l'existence d'adénopathies iliaques, mais on ne saurait être trop sceptique et faire assez de réserves à ce point de vue.

C'est sans doute cette difficulté à trouver cliniquement les ganglions, qui fait que le nombre de nos observations (douze environ) où ils sont relatés, est relativement peu élevé par rapport à celui où on les a découverts à l'amphithéâtre.

Nous en relatons, en effet, vingt et un cas, soit près du double.

TABLEAU

**Des observations de cancers vésicaux
où des ganglions iliaques ont été trouvés**

A L'AUTOPSIE

**Observations de cancers vésicaux où l'on a trouvé
à l'AUTOPSIE des ganglions dans les fosses iliaques.**

N ^{os}	AUTEURS Indications bibliographiques	SEXE	AGE	LÉSIONS VÉSICALES	CONSTATATIONS D'AUTOPSIE
36	Lacaze-Dori. Thèse Paris 1852. Obs p 28.	H	55	Cancer encéphaloïde de partie postérieure	Ganglions iliaques gauches durs et tuméfiés. Gan- glions de la fosse iliaque droite at- teints aussi mais à un moindre de- gré.
37	Ranking. <i>Brit. méd. z.</i> , 1863, II, p. 209.	H	58	Cancer médullaire infiltré.	Ganglions dans les deux fosses ilia- ques droite et gauche.
38	Holmès Cootes. <i>Trans. of. path. Soc.</i> , 1864, p. 1.	H	65	Ulcérations avec masses cancéreu- ses à droite.	Quelques ganglions iliaques infiltrés.
39	Chambard. <i>Bull. Soc. Anat.</i> 1876, p. 640.	F	66	Infiltration carcino- mateuse dans la couche muscu- leuse sur les faces antéro-latérales et postérieure.	Masse ganglionnaire comprinant la par- tie inférieure du muscle iliaque et englobant les vais- seaux iliaques ex- ternes.
40	Féré Ch. <i>Mémoire</i> 1881. Obs. 20, p. 107.	H	57	Cancer du col.	Ganglions iliaques indurés.
41	Albarran. <i>Traité des tumeurs, ves- sie.</i> Observ. 56, p. 446.	F	62	Épithélioma pavi- menteux dans la région du trigone.	Grosse masse gan- glionnaire néoplas- sique dans la fosse iliaque droite.
42	Pasteau. Thèse Pa- ris 1898 Obs. 38 (inéдите), p. 128	H	62	Épithélioma énorme couvrant toute la vessie sauf la par- tie latérale gauche du trigone et la pa- roi latérale gauche de la vessie.	Ganglions iliaques droits indurés.
43	<i>Ibid.</i> Observ. 101 (inéдите), p. 181.	F	62	Épithélioma infil- tré.	Ganglions dégéné- rés dans la fosse iliaque gauche, logés dans angle du psoas à bifur- cation d'iliaque primitive et ilia- que externe.

**Observations de cancers vésicaux où l'on a trouvé
à l'AUTOPSIE des ganglions dans les fosses iliaques.**

N ^{os}	AUTEURS Indications bibliographiques.	SEXE	AGE	LÉSIONS VÉSICALES	CONSTATATIONS D'AUTOPSIE
44	<i>Ibid.</i> Obs. 102 (inédite), p. 183.	H	63	Épithélioma alvéolaire infiltré partout.	Ganglions hypertrophiés à droite vers iliaque interne. Ganglions englobant iliaque primitive. Ganglions vers iliaque externe gauche.
45	<i>Ibid.</i> Observ. 106, p. 189.	H	64	Épithélioma lobulé infiltré.	A gauche, ganglions iliaques externes, à droite, ganglions iliaques internes.
46	<i>Ibid.</i> Observ. 109, p. 191.	H	68	Cancer de la vessie.	Ganglions dans fosse iliaque droite vers iliaque externe et iliaque primitive. Ganglions dans fosse iliaque gauche.
47	<i>Ibid.</i> Observ. 111, p. 192.	H	59	Épithélioma infiltré.	Ganglions à bifurcation des iliaques de chaque côté.
48	<i>Ibid.</i> Observ. 113, p. 195.	H	33	Épithélioma carcinomateux infiltré.	Ganglions iliaques.
49	<i>Ibid.</i> Observ. 115 p. 196.	H	69	Épithélioma infiltré.	A droite et à gauche ganglions vers iliaque interne et primitive; à droite ganglions vers iliaque externe.
50	<i>Ibid.</i> Observ. 117, p. 138.	F	59	Épithélioma papillaire.	Ganglions dans fosse iliaque droite vers bifurcation d'artère iliaque primitive. Ganglions plus gros dans fosse iliaque gauche.
51	<i>Ibid.</i> Obs. 118 (inédite), p. 201.	H	68	Épithélioma lobulé.	Masses ganglionnaires adhérentes aux vaisseaux iliaques internes et à paroi latérale droite de vessie. Ganglions à bifurcation d'iliaque primitive.

N ^{os}	AUTEURS Indications bibliographiques.	SEXE	AGE	LÉSIONS VÉSICALES	CONSTATATIONS D'AUTOPSIE
52	<i>Ibid.</i> Observ. 119 p. 202.	H	49	Épithélioma infiltré.	Ganglions le long des vaisseaux iliaques internes droits et sous les iliaques externes.
53	<i>Ibid.</i> Observ. 120, p. 204.	H	60	Épithélioma infiltré.	A gauche, ganglions le long de l'iliaque primitive. A droite ganglions sous iliaque externe et le long d'iliaque interne.
54	<i>Ibid.</i> Observ. 123, p. 208.	F	72	Épithélioma infiltré.	Ganglions iliaques internes droits fortement hyper- trophiés. Gan- glions iliaques in- ternes gauches en- core plus volumi- neux.
55	<i>Ibid.</i> Observ. 124, p. 209.	H	58	Cancer.	Ganglions très volu- mineux dans la fosse iliaque gau- che. Un peu moins à droite.
56	<i>Ibid.</i> Observ. 125, p. 210.	F	81	Cancer profondé- ment infiltré.	Ganglions à droite le long d'iliaque interne et à bifur- cation d'iliaque primitive; gan- glions le long d'i- liaque externe.

OBSERVATION XXXVI (Lacaze-Dori¹) (résumée).

Le nommé X..., chapelier, âgé de cinquante-cinq ans, entré aux cliniques de la Faculté le 18 janvier 1852, se plaignant de difficultés d'uriner et de douleurs légères de l'hypogastre. Il raconte avoir toujours joui d'une bonne santé.

Il y a six mois, il a été pris d'une hématurie assez abondante, survenue sans cause appréciable et sans aucune douleur. Depuis cette époque, besoins fréquents d'uriner.

Par la palpation, on sent une tumeur globuleuse, douloureuse à la pression, située au-dessus du pubis et un peu à gauche ; en même temps, il survient de la faiblesse, et le malade épuisé succombe le 17 février.

Autopsie.—La vessie forme derrière la symphyse pubienne une tumeur ovoïde de 7 centimètres de largeur sur 9 de longueur : son aspect extérieur paraît sain ; seulement, vers la partie postérieure et gauche de cet organe, on observe une tumeur du volume d'un petit œuf, mais très allongée, formée dans le tissu pelvien, et constituée par une masse cancéreuse, qui s'unit par des prolongements assez grêles avec les *ganglions iliaques du côté gauche, qui sont durs et tuméfiés* ; l'un d'eux présente déjà un commencement de ramollissement central ; *les ganglions de la fosse iliaque droite sont également atteints, mais à un moindre degré.*

La tumeur observée dans la vessie présente tous les caractères du cancer encéphaloïde ulcéré.

¹ Lacaze-Dori, th. Paris, 1852, obs. 28. In th. Pasteau, Paris, 1898, obs. 69, p. 158.

OBSERVATION XXXVII (Ranking ¹) (résumée).

Quand je vis le malade pour la première fois, il avait cinquante-huit ans. Je fus appelé pour une hématurie. En l'examinant, je fus amené par les caractères de l'hématurie à poser le diagnostic, qui fut confirmé après la mort, de tumeur maligne de la vessie. L'hématurie ne s'arrêtant pas, le malade fut reçu à l'hôpital en octobre 1862.

Il était presque dans le collapsus et mourut vingt-quatre jours après son admission.

Autopsie.— Reins gros et congestionnés ; le gauche avait son uretère largement dilaté et distendu par l'urine.

La partie inférieure de l'abdomen était occupée par une tumeur large de la grosseur d'une tête d'enfant, formée par la vessie convertie en une masse solide, sa paroi gauche était envahie par le cancer encépaloïde qui s'était développé intérieurement, suffisamment pour oblitérer la cavité vésicale.

Les ganglions des fosses iliaques droite et gauche étaient également cancéreux.

Les vésicules séminales et les parties adjacentes étaient agglutinées ensemble en une large tumeur supplémentaire pesant près de 3 livres.

¹ Ranking. *Brs. med. journ.*, 22 août 1863, II, p. 209, in th. Pasteau, 1898. Obs. LXXIII, p. 161.

OBSERVATION XXXVIII (Holmès Cootes¹) (résumée).

C., cinquante-cinq ans, fut admis à l'hôpital Saint-Bartholomé, le 19 septembre 1863.

Il n'avait jamais remarqué aucun trouble urinaire jusqu'à environ huit mois auparavant ; à ce moment, la miction était devenue fréquente et difficile.

Le pénis était rigide et d'une dureté extrême. Il était plié sur lui-même, la concavité en haut. Les symptômes généraux s'aggravèrent et le malade mourut, le 16 octobre, après être tombé tout d'un coup dans le coma, vingt-quatre heures avant sa mort.

Autopsie. — Les corps caverneux étaient complètement distendus par l'infiltration d'un dépôt crémeux semi-fluant. Le corps spongieux et le pénis étaient remplis de matière analogue.

L'urètre, comprimé dans son trajet, était à l'intérieur, lisse et normal. Autour du bulbe et de la prostate les tissus étaient envahis par des dépôts de matière cancéreuse.

Un ulcère large, circulaire, à bords déchiquetés, élevés et indurés, occupait le côté droit (partie inférieure) de la vessie. Des masses cancéreuses rayonnaient de là en divers sens. L'ulcère mesurait 1 pouce et demi sur 2 et entourait l'embouchure de l'urètre droit.

Autour de la vessie et du rectum était une chaîne de ganglions remplis de matière blanchâtre cancéreuse. Quelques-uns des ganglions lombaires et iliaques étaient aussi infiltrés.

¹ Holmès Cootes, in thèse de Pasteau, Paris 1898 p. 112.

OBSERVATION XXXIX (Chambard⁴) (résumée).

La nommée L..., âgée de soixante-six ans, entre à la Salpêtrière dans le service de M. Moreau de Tours.

Miction souvent douloureuse et difficile; l'urine contient quelquefois du sang.

La malade se plaint de vives douleurs dans le bas-ventre et la région lombaire.

Par le toucher rectal combiné au toucher vaginal, on constate que la paroi antérieure du vagin est repoussée par une tumeur volumineuse, dure, bosselée, qui appartient à la face inférieure de la vessie.

On porte le diagnostic de cancer primitif de la vessie.

5 octobre 1876. — La cachexie semble arrivée à sa dernière limite; diarrhée continuelle. Œdème du membre inférieur droit.

Mort le 10 octobre à 9 heures du matin.

A l'autopsie, rien de très particulier pour les reins.

On constate qu'une *masse ganglionnaire comprime la partie inférieure du muscle iliaque et englobe les vaisseaux iliaques externes, la partie inférieure de l'uretère droit et, en arrière, quelques branches antérieures des paires sacrées.*

A gauche, la tumeur ganglionnaire comprime la partie inférieure de l'uretère de ce côté.

La vessie est épaissie et indurée dans tout son segment inférieur. La surface interne présente une masse de végétations en choux-fleurs, occupant la base, la moitié de ses faces antérieure, latérales et postérieure.

Sur la paroi du cul-de-sac antérieur du vagin on constate une ulcération irrégulière, à bords taillés à pic, et du diamètre d'une pièce de 20 centimes.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'on avait affaire à une infiltration carcinomateuse de la couche musculieuse.

⁴ Chambard, in thèse Pasteau, obs. IX, p. 112.

OBSERVATION XL (Ch. Féré¹).

A l'autopsie, destruction complète de la partie prostatique de l'urètre et de la vessie avec perforation complète du rectum.

Les ganglions inguinaux et iliaques sont indurés et forment une masse bosselée, dure, sans suppuration.

¹ Féré. Pour le complément, voir l'observation plus haut, n° XXVII, p. 110, à propos de ganglions constatés cliniquement.

OBSERVATION XII (Albarran ¹).

Femme de soixante-deux ans, n'ayant jamais eu d'hématuries et dont le premier symptôme urinaire a été la dysurie. Entrée en septembre 1869.

Elle meurt d'infection rénale.

A l'autopsie, *grosse masse néoplasique dans la fosse iliaque droite*, et épithélioma pavimenteux de la vessie dans la région du trigone.

¹ Albarran, *Traité des tumeurs de la vessie*, Paris 1891.
Obs. LVI, p. 446.

OBSERVATION XLII (Pasteau¹) (résumée).

Le nommé D..., âgé de soixante-deux ans, entre le 31 janvier 1888, salle Civiale, lit n° 26.

Soigné il y a sept ans à Lariboisière, pour des troubles vésicaux et des accidents de prostatisme, il sortit guéri de l'hôpital.

Depuis deux ans, le malade présentait des phénomènes de cystite quand il est entré à Necker.

Ses urines, très fétides, étaient chargées d'un pus glaireux et contenaient quelques gouttes de sang lorsqu'on lavait sa vessie.

Il n'a jamais eu d'hématurie, mais parfois expulsait des fragments de néoplasme.

Mauvais état général; le malade est maigre, abattu.

Il meurt cachectique le 29 mars.

Autopsie : Rein gauche à capsule très épaisse, se détachant avec difficulté surtout près du hile. Nombreux abcès lenticulaires entre elle et le rein. Uretérite gauche, mais pas de dilatation.

Rein droit petit, à capsule mince, se détachant bien.

Bassin et uretère très dilatés.

Vessie qui est très grande (30 centimètres de large) contient une énorme tumeur que l'examen histologique a montré être un épithélioma encéphaloïde réticulé.

Les ganglions hypogastriques et iliaques droits sont pris.

¹ Pasteau, Obs. XXXVIII, inédite, p. 128.

OBSERVATION XLIII (Pasteau ¹).

L'uretère gauche, arrivé à la fosse iliaque gauche, longe une grosse tumeur arrondie, dure, blanchâtre, occupant toute cette fosse et soulevant le péritoine.

Cette tumeur mesure 8 centimètres environ dans toutes ses dimensions, et est formée de ganglions dégénérés et logés dans l'angle du psoas, à la bifurcation de l'iliaque primitive ou iliaque interne et externe.

L'artère iliaque externe traverse la tumeur qui l'entoure de toutes parts, ses parois sont intactes, mais sa face interne présente des plis longitudinaux.

¹ Pasteau, th. Paris, 1898, obs. CI, p. 181. Voir complément d'observation, p. 112, obs. XXIX.

OBSERVATION XLIV (Pasteau¹) (résumée).

Le nommé Pierre J..., emballleur, âgé de soixante-trois ans, entre le 22 octobre 1886 à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon, salle Saint-Vincent, n° 11.

Pas d'antécédents du côté des voies urinaires.

A la suite de fatigues, il y a trois ans, hématurie première, qui dura deux jours, puis revint périodiquement tous les quinze jours.

Amaigrissement notable depuis un an; teinte jaune paille de la peau.

On sent, en arrière de la prostate, au niveau du bas-fond de la partie latérale gauche de la vessie, une tumeur irrégulière du volume d'un citron, s'élevant de trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Taille hypogastrique. Guérison complète en quinze jours.

Le malade sort de l'hôpital le 18 décembre.

Il rentre le 27 décembre, avec une fistule hypogastrique, et meurt le 19 février 1887.

Autopsie.²— A l'ouverture du ventre, on est frappé tout d'abord par l'existence de ganglions remplissant le petit bassin, et remontant dans le mésentère jusqu'au pancréas.

Les parois vésicales sont très épaissies et mesurent 3 à 4 centimètres dans tous les points.

En arrière et à droite, la tumeur est reliée à une *masse du volume d'un gros œuf, bosselée, formée nettement de ganglions*

¹ Pasteau, obs. inédite, n° CII, p. 183.

² Musée de Necker, pièce n° 219.

hypertrophiés, et qui va en arrière jusqu'au niveau de l'iliaque interne, dont les branches sont impossibles à disséquer au milieu des ganglions qui les entourent; ce paquet ganglionnaire mesure 5 centimètres transversalement et 6 centimètres et demi dans le sens de sa hauteur.

Continuant ce groupe ganglionnaire, on trouve d'autres ganglions qui englobent l'artère iliaque primitive et dépassent son bord supérieur.

Au niveau supérieur de l'iliaque externe gauche, il existe aussi quelques ganglions.

Du côté gauche, il existe également un ganglion au niveau du bord supérieur de l'artère iliaque externe, un peu en avant de sa naissance, et une trainée de ganglions plus petits entre l'artère et la veine, à peu près sur toute leur longueur en dehors.

Plus loin, au niveau de l'artère iliaque primitive, on trouve une grosse masse ganglionnaire.

L'examen histologique (Albarran) de la tumeur et des masses ganglionnaires a donné identité de résultats pour la structure. On a eu affaire à un épithélioma alvéolaire à rame musculo-conjonctive.

OBSERVATION XLV (Pasteau¹) (résumée).

Le nommé M... Louis, dessinateur, âgé de soixante-quatre ans, entre le 17 janvier 1890 dans le service de M. le professeur Guyon, salle Civiale, n° 28.

Début de la maladie par des hématuries.

¹ La taille hypogastrique, pratiquée le 26 janvier par M. le professeur Guyon, permet de découvrir une énorme masse fongueuse, largement implantée.

Le malade guérit en gardant une petite fistule, il reprend des forces, ne souffre plus, et ses hématuries cessent; mais peu à peu son état général s'altère, et il meurt cachectique le 31 décembre 1890.

Autopsie² : vessie petite; tumeur est en plaque non saillante, ulcérée.

Du côté gauche de la vessie et en dehors d'elle, on trouve une masse énorme qui remplit le petit bassin.

Dans la fosse iliaque gauche, le long de la veine iliaque externe, existent plusieurs ganglions séparés de la masse principale mais présentant le même aspect. Leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une grosse noisette.

Dans la fosse iliaque droite existe une petite masse ganglionnaire du volume d'un œuf, qui englobe l'extrémité de l'uretère et siège au niveau du bord antérieur de l'artère iliaque interne. Les ganglions qui la forment sont du volume d'une noisette.

¹ Pasteau, obs. CVI, inédite, p. 189.

² Musée de Necker, pièce n° 278.

OBSERVATION XLVI (Pasteau¹).

Homme de soixante-huit ans, entré salle Velpeau, n° 8.

Autopsie ² le 18 juillet 1890. Tumeur de la vessie.

Adénopathie dans la fosse iliaque droite. Sous l'artère iliaque externe quatre ganglions, dont le plus volumineux comme un gros haricot, un autre plus allongé va jusqu'à la bifurcation de l'iliaque.

Sur le bord supéro-externe de l'iliaque primitive, plusieurs ganglions qui remontent au-devant de la veine cave.

Adénopathie dans la fosse iliaque gauche. Un ou deux ganglions au niveau du bord inférieur de l'iliaque externe. Deux ganglions au bord postérieur; quelques autres bien plus petits le long de l'iliaque primitive, vont retrouver les ganglions de droite pour se jeter dans la masse ganglionnaire lombaire.

Adénopathie lombaire. Paquet ganglionnaire en avant de l'aorte, au niveau et au-dessus du ganglion rénal, plusieurs ganglions s'insinuent entre le tronc artériel et la veine cave; il existe de plus comme un semis ganglionnaire en avant et sur le bord externe de la veine cave dans la même région.

¹ Pasteau, obs. CIX, inédite, p. 191.

² Musée de Necker, pièce n° 117.

OBSERVATION XLVII (Pasteau)¹, (résumée).

Le nommé V., commerçant, âgé de cinquante-neuf ans, entré, le 4 mars 1891, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 32, service de M. le professeur Guyon.

Santé parfaite dans sa jeunesse; deux blennorrhagies; ne se levait jamais la nuit pour pisser.

Il y a quatorze mois, sans motifs, hématuries abondantes avec caillots. On les a constatées pendant un mois.

Depuis deux ou trois mois, les mictions sont devenues très fréquentes mais non douloureuses; les urines sont un peu troubles, non fétides.

7 février. — A Odessa, sondage et lavage, et peut-être bien électrolyse; à la suite, mictions fréquentes et douloureuses, urines très fétides; voyage très pénible, le malade arrive avec une verge énorme.

16 mars. — On lui fait une taille hypogastrique. La cavité est très petite, obstruée en partie par des masses néoplasiques; on est en présence d'un néoplasme diffus et l'on ne pourra procéder qu'à une opération palliative.

On fait un grattage avec la curette; une hémorragie abondante survient, qu'on arrête au moyen d'éponges trempées dans du perchlorure de fer. On finit par une cautérisation au thermo.

Le soir, rien de particulier, détritres et lambeaux sphacelés sortant en abondance; langue sèche, pas de température.

17 mars. — Pansement, bon aspect de la plaie, pas de fièvre.

Le soir, 38 degrés, malade agité, subdélirium; de plus, on constate un certain degré de parésie dans le côté gauche. Com-

¹ Pasteau, obs. CXI, inédite, p. 192.

missure labiale légèrement déviée à droite. On pense à une hémorragie cérébrale.

Le lendemain, la température tombe à 37 degrés, mais l'état général reste mauvais et le malade succombe dans la nuit.

Autopsie⁴. — vessie petite, paroi très épaisse, surface rouge brun, très altérée, fongueuse dans toute son étendue.

Dans le bassin, de chaque côté de la bifurcation des iliaques, un ou deux ganglions gros, mous, rosés, semblent malades.

Urètre et prostate sains.

Aux poumons, double congestion très étendue.

Cerveau : artères de la base très athéromateuses, sans oblitération, aucun foyer d'hémorragie dans la substance cérébrale.

Cœur gros, hypertrophie du ventricule gauche.

Aorte très athéromateuse.

Examen histologique (Albarran) : épithélioma lobulé à cellules cylindriques.

⁴ Musée de Necker, pièce n° 299.

OBSERVATION XLVIII (Pasteau¹).

Le nommé M..., Victor, cuisinier, âgé de trente-trois ans, entre, le 22 septembre 1891, dans le service de M. le professeur Guyon, salle Velpeau, n° 37.

Début par de la cystite avec de très petites hématuries.

Cette cystite du début, la minime hématurie qui l'accompagnait, l'amaigrissement du malade, firent croire au début à de la tuberculose.

Une hématurie plus abondante et l'examen au palper bimanuel fixèrent plus tard le diagnostic. On sentait la propagation en arrière de la vessie. Les urines avaient une odeur fécaloïde très prononcée. Mais l'examen microscopique des parcelles éliminées de la tumeur au moment de la miction montra qu'il s'agissait d'un épithélioma vésical.

Le malade mourut le 23 octobre 1891.

Autopsie² : vaste ulcération cancéroïdale, non saillante, envahissant toute la paroi vésicale.

Un noyau cancéreux péritonéal en haut et en arrière, péritonite adhésive à ce niveau.

Ganglions hypogastriques et iliaques.

Double pyélonéphrite suppurée.

L'examen microscopique montre un épithélioma carcinoïde, dont le stroma était par place un peu myomateux (Albarrau).

¹ Pasteau, obs. CXIII, inédite, p. 195.

² Musée de Necker, pièce n° 335.

OBSERVATION XLIX (Pasteau¹) (résumée)

Le nommé M... âgé de soixante-neuf ans, sans profession, entré le 19 mai 1892, salle Velpeau, n° 2, service de M. Guyon. Autopsie² le 6 juin 1892. — Vessie assez volumineuse, colonnes peu marquées, pas de congestion de la muqueuse. Il existe au niveau du bas-fond et remontant un peu sur la paroi postérieure et latérale droite, une tumeur molle, en plaque ; la surface est déchiquetée, et les fissures s'étendent profondément dans la paroi vésicale, qui n'est pas perforée cependant. Les deux uretères s'ouvrent dans la vessie sur la surface néoplasique.

Des ganglions hypertrophiés grisâtres gagnent les vaisseaux iliaques externes, qu'ils englobent complètement ainsi que l'origine de leurs branches antérieures.

La masse ganglionnaire droite vient se mettre en rapport avec les vaisseaux iliaques externes, au-dessous desquels il existe aussi des ganglions volumineux, au niveau de la bifurcation de l'artère iliaque primitive.

L'artère iliaque primitive et la vessie sont toutes deux entourées par des ganglions du volume d'une noisette. Dans la fosse iliaque gauche il existe également des ganglions au niveau des vaisseaux iliaques primitifs, et l'uretère gauche, très volumineux, passe au-devant et au dedans de ce paquet ganglionnaire iliaque, qui atteint le volume d'un gros œuf de pigeon.

Les uretères sont volumineux et sinueux.

Il existe, de plus, une dilatation aseptique, atrophique du rein droit.

Examen histologique de la tumeur : cancer (Motz).

¹ Pasteau, obs. CXV, inédite, p. 196.

² Musée de Necker, pièce n° 353.

OBSERVATION L (Pasteau¹) (résumée).

La nommée Adeline L..., sans profession, âgée de cinquante-neuf ans, entrée le 16 mai 1893 à l'hôpital Necker, salle Laugier, n° 8, service de M. le professeur Guyon.

Aucune maladie grave dans l'enfance. Réglée à quinze ans d'une façon toujours normale et régulière. Jamais de fausses couches. Cinq grossesses. Ménopause à cinquante-quatre ans. En somme, santé parfaite jusqu'à l'âge de cinquante-six ans.

Il y a trois ans, en pleine santé et sans cause, hématurie assez abondante, qui depuis s'est reproduite assez régulièrement tous les quinze jours à trois semaines.

Depuis neuf mois, mictions douloureuses, surtout pendant et à la fin. En même temps elles augmentaient de fréquence et actuellement la malade urine toutes les heures pendant le jour et toutes les demi-heures pendant la nuit.

La miction s'effectue avec effort, comme si, dès les premières contractions de la vessie, un obstacle venait s'appliquer contre l'orifice urétral.

Il y a quinze jours, nouvelle hématurie abondante et qui dure encore. Cette hématurie décide la malade à venir à Necker.

Le cathétérisme avec une sonde molle ramène des urines troubles et franchement sanglantes, aux dernières gouttes. On ne peut pas injecter plus de 120 grammes de liquide sans provoquer de vives douleurs, aussi l'exploration avec l'explorateur métallique ne donne-t-elle d'autres renseignements que l'impossibilité de manœuvrer dans la moitié droite de la vessie.

¹ Pasteau, obs. CXVII, inédite, p. 198

On perçoit nettement, par la double palpation, un néoplasme siégeant dans la moitié droite de la vessie et paraissant implanté au niveau de la zone urétrale par une base large comme une pièce de 5 francs, ayant profondément infiltré les parois de la vessie.

Taille hypogastrique le 24 mai 1893. Ablation de trois tumeurs pédiculées dont une du volume d'un petit œuf siégeant au niveau de la partie latérale droite du col.

Aucune réaction à la suite de l'opération.

28 juin. — La malade sort de l'hôpital pour aller au Vésinet. Elle urine encore du sang mais en très petite quantité. Elle ne souffre plus que très peu.

La malade entre de nouveau à l'hôpital le 23 janvier 1894.

En septembre 1893, sans causes, les hématuries redevinrent plus intenses; retour également de la douleur vésicale à la fin de la miction.

L'état général est assez bon.

L'examen de la vessie fait sentir à droite, bien que la sensation ne soit pas très nette, une masse élastique paraissant indépendante de la paroi. Rien à gauche.

Des lavages au borate de soude ne donnent aucun résultat.

24 mars. — La malade pisse toujours du sang et souffre davantage dans la région rénale gauche.

5 avril. — Elle souffre beaucoup dans la région rénale droite.

13 avril. — L'état est sensiblement le même : hématuries, mictions fréquentes, douleurs.

18 avril. — Taille vésicale et symphyséotomie, car le péritoine adhère à la symphyse. On arrive sur le tissu prévésical qui est transformé en tissu scléreux.

L'exploration de la cavité vésicale montre une récurrence diffuse qui fait écarter toute idée d'opération complète. On pratique un curettage de la vessie et l'on enlève une masse néoplasique du volume du poing.

Jusqu'au 9 mai, alternatives de haut et de bas.

La malade est faible et a de la fièvre.

Puis un mieux réel se fait sentir, il n'y a plus de sang dans les urines.

12 juin. — État général bien meilleur depuis deux ou trois jours. Il n'y a plus de fièvre.

5 juillet. — Œdème malléolaire, Douleurs vésicales. Morphine.

La malade traîne ainsi jusqu'au 18 août, jour où elle meurt.

*Autopsie*¹. Sous le pubis, longue fistule communiquant avec la vessie. Symphyse non réunie. La vessie est pleine de végétations néoplasiques.

Il existe quelques ganglions, peu volumineux d'ailleurs, dans la fosse iliaque droite au niveau de la bifurcation de l'artère iliaque primitive, le long de l'ombilicale et à la naissance de l'obturatrice.

Dans la fosse iliaque gauche on en trouve aussi quelques-uns un peu plus gros au même niveau.

Les deux uretères sont très dilatés, le droit est gros comme le pouce.

Les reins droit et gauche sont pleins de pus et renferment des cavernes, surtout le premier.

Examen histologique de la tumeur : épithélioma papillaire (Motz).

¹ Musée de Necker, pièce n° 415.

OBSERVATION LI (Pasteau¹).

Le nommé M..., Auguste, palefrenier, âgé de soixante-huit ans, entre le 2 août 1893, salle Velpeau, n° 26, service de M. le professeur Guyon.

Début de la maladie par des mictions sanglantes sans cause, cinq mois avant la mort. Fréquences non douloureuses. Prostate grosse au toucher. On fait le diagnostic de néoplasme prostatique.

*Autopsie*². Urètre libre. Prostate normale. Du côté de la vessie, gros néoplasme, en plaque, non ulcéré, occupant tout le bas-fond et la paroi postérieure, ayant perforé et détruit toute la paroi vésicale droite; à la paroi postérieure, l'ulcération néoplasique est interstitielle et disséquante, infiltrée entre la paroi péritonéale épaissie et la paroi musculaire. Il existe des fongosités néoplasiques mollasses, adhérentes à la paroi de l'excavation pelvienne.

Examen histologique : Epithélioma lobulé (Motz).

De grosses masses ganglionnaires pelviennes latérales adhérent à la vessie, au niveau de la partie moyenne de la face latérale, et aux vaisseaux iliaques internes, entourant les uretères. On trouve des ganglions isolés, nettement hypertrophiés, à la bifurcation de l'artère iliaque gauche.

Il existe de plus une adhérence étendue ancienne de l'S iliaque, au sommet de la face postérieure de la vessie, et de la péritonite pelvienne purulente.

Les deux uretères sont dilatés sans inflammation.

Les reins sont atteints de néphrite suppurée miliaire, corticale, récente; les bassinets portent les marques de dilatation ancienne.

¹ Pasteau, obs. CXVIII, inédite, p. 201.

² Musée de Necker, pièce n° 380.

OBSERVATION LII (Pasteau ¹) (partielle).

Autopsie² du nommé C. J., entré le 21 novembre 1893 dans le service de M. le professeur Guyon.

A droite de la vessie, dans l'excavation pelvienne, existe une tumeur grosse comme le poing, qui remonte en suivant le trajet de l'uretère jusqu'au détroit supérieur du bassin, accolée à la paroi pelvienne.

Cette masse lobulée, longue de 10 centimètres, haute de 9 centimètres, est manifestement constituée par des ganglions lymphatiques augmentés de volume et fusionnés, unis par un tissu fibreux, dense. Ces ganglions, distincts à la coupe, du volume d'une noisette à une noix, sont les uns blancs, mous, d'aspect encéphaloïde ; les autres ramollis, jaunes, verdâtres, comme caséeux au centre. Cette masse ganglionnaire adhère à la partie inférieure de la paroi latérale droite de la vessie au niveau même de l'ulcération ; elle englobe et comprime l'uretère droit jusqu'au voisinage de la vessie, à tel point qu'il est impossible de le disséquer dans le tissu fibreux qui réunit les ganglions.

Les ganglions s'avancent sous l'artère iliaque externe jusqu'à l'anneau crural, et gagnent en arrière les vaisseaux hypogastriques qu'ils englobent ainsi que leurs branches antérieures.

¹ Pasteau, obs. CXIV, inédite, p. 202. Pour le reste de l'observation, voir plus, haut p. 81, dans les obs. de cancer latent, n° XXI.

² Musée de Necker, pièce n° 384.

OBSERVATION LIII (Pasteau ¹).

Le nommé Auguste M., ciseleur, âgé de soixante ans, entre le 22 janvier 1894 à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 28, service de M. le professeur Guyon.

Comme antécédents, chancres mous et blennorrhagie à quinze ans, chaudepisse cordée. Redressement de la verge. Urétrotomie. Depuis 1893, fréquence des mictions la nuit.

Au mois d'août, première hématurie. Depuis, elle s'est reproduite de temps en temps et, dans l'intervalle, l'urine était complètement claire. En même temps les mictions sont devenues douloureuses et de plus en plus fréquentes. Le malade est arrivé à uriner 10 à 12 fois le jour et 8 fois la nuit. Amaigrissement considérable en décembre et janvier.

Le 18 décembre 1893, le malade vient consulter à la salle de la Terrasse. On lui prescrit des instillations au nitrate d'argent qui n'ont amené depuis aucune amélioration.

Le 20 janvier, l'examen endoscopique révèle la présence d'un néoplasme vésical à droite.

L'urètre laisse passer un n° 22, la prostate n'est pas volumineuse, pas sensible. Rien aux reins.

Par le toucher rectal on sent un épaississement de la vessie plus marqué au milieu et à gauche.

Après avoir quitté le service, le malade rentre de nouveau le 5 novembre 1894, sans amélioration.

Il existe des douleurs continues au niveau de l'hypogastre.

¹ Pasteau, obs. inéd., p , 204.

douleurs qui augmentent à la fin de la miction. Les mictions se font tous les quarts d'heure.

L'hématurie est presque continuelle.

Le malade meurt le 13 janvier 1895.

Autopsie ⁴. — Urètre normal. Prostate un peu augmentée de volume.

Vessie. — Face interne recouverte de végétations néoplasiques peu bourgeonnantes, surtout développées dans la paroi latérale droite qu'elle infiltre profondément. Le néoplasme s'étend sur toute la paroi latérale droite, le sommet, presque toute la face antérieure et la moitié droite du trigone.

Il existe de nombreux ganglions très augmentés de volume. A gauche, on en trouve à peine quelques-uns le long de l'iliaque primitive.

A droite, il existe une masse volumineuse adhérente à la vessie, au niveau du trigone et de la partie inférieure de la face latérale, et qui se prolonge en haut, en arrière et en dehors, pour atteindre la paroi de l'excavation.

Il existe plusieurs ganglions du volume d'une noisette au-dessous de la veine iliaque externe. Les vaisseaux iliaques internes sont entourés également d'une masse ganglionnaire ainsi que les vaisseaux iliaques primitifs.

Examen histologique de la tumeur : cancer (Motz).

⁴ Musée de Necker. pièce n^o 423.

OBSERVATION LIV (Pasteau ¹).

La nommée Rose-Marie R..., âgée de soixante-douze ans, entra le 19 décembre 1895, salle Laugier, n° 19, service de M. le professeur Guyon.

Autopsie ² le 21 janvier 1896. — Vessie volumineuse presque complètement remplie par un énorme épithélioma villeux, qui s'étend sur toute la face antérieure, les faces latérales droite et gauche, le sommet; la paroi postérieure est saine, non ulcérée, ainsi que la région du trigone; les uretères s'ouvrent librement dans la vessie et sont perméables; quelques végétations se trouvent au niveau du col dont elles font le tour; elles sont de beaucoup plus marquées sur la face antérieure. La tumeur forme des saillies irrégulières, bourgeonnantes, avec des parties profondément creusées qui s'étendent profondément dans la paroi de la vessie.

Rectum non atteint, adhérent aux annexes gauches et à la partie gauche du fond de la vessie.

Utérus sain. Lésions anciennes des annexes.

Il existe de nombreux ganglions fortement hypertrophiés dans le petit bassin. A droite, ce sont surtout les ganglions iliaques internes; ils forment dans leur ensemble un paquet qui adhère d'une part à la paroi pelvienne, et qui, d'autre part, vient se mettre au contact de la partie supérieure de la face latérale de la vessie.

A gauche, le paquet ganglionnaire est bien plus volumineux, il a le volume d'une pomme et est très irrégulier; il adhère,

¹ Pasteau, obs. CXXIII, inédite, p. 208.

² Musée de Necker, pièce n° 424.

d'une part, à la partie latérale le la vessie et, d'autre part, se prolonge sur la paroi correspondante de l'excavation, englobant les vaisseaux iliaques internes et leurs branches de bifurcation, s'avancant sur les vaisseaux, qui sont très difficiles à disséquer au milieu de tous les ganglions qui se reconnaissent bien à la coupe, atteignant, pour quelques-uns, le volume d'une grosse noisette, et qui sont plus ou moins séparés les uns des autres par un tissu d'aspect fibreux, très difficiles à dissocier

Examen histologique : cancroïde (Motz)

OBSERVATION LV (Pasteau¹).

Le nommé Joseph M..., cocher, âgé de cinquante-huit ans, entré le 27 décembre 1895 à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 17 service de M. le professeur Guyon.

Antécédents : Il y a trois ans, renversé par un omnibus, il aurait eu des hématuries à la suite.

Maladie actuelle : il y a un an, le malade a été pris d'hématurie. Elle était totale, n'augmentait pas par la fatigue. Elle survenait à la fin de la miction. Le malade rendait de gros caillots. Douleur à la fin de la miction, sensation de brûlure dans le canal, coïncidant avec l'arrivée du sang.

Depuis six mois, douleurs continuelles dans le ventre. Mictions très fréquentes, impérieuses le jour comme la nuit, pouvant se produire toutes les dix minutes. Amaigrissement. Appétit conservé

15 janvier 1896. — Taille hypogastrique.

24 janvier. — L'urine passe toujours par la plaie.

28 mars. — Issue de gaz par l'urètre.

20 avril. — Sphacèle du scrotum.

23 avril. — Le malade meurt.

Autopsie². — Les fongosités néoplasiques ont envahi le trajet de la taille hypogastrique. Récidive totale en nappe, étendue à toute la paroi vésicale.

La vessie est adhérente, sur chacune de ses parties latérales, à une masse assez volumineuse formée de ganglions plus ou moins

¹ Pasteau, obs. CXXIV, inédite, p. 209.

² Musée de Necker, pièce n° 460.

gros, fortement accolés les uns aux autres et très difficiles à disséquer.

Cette masse ganglionnaire, beaucoup plus volumineuse à gauche, atteint le volume d'un gros œuf de dinde, et est formée d'une série de nodules dont les supérieurs, adhérant à l'artère iliaque externe, semblent s'insinuer, pour quelques-uns, entre l'artère et la paroi pelvienne ; les ganglions les plus inférieurs sont situés au niveau du muscle obturateur interne ; en arrière, la masse adhère au rectum et s'insinue même en arrière de lui, s'accolant à la face antérieure du sacrum.

A droite, le paquet ganglionnaire est moins gros et n'atteint que le volume d'un œuf de poule ; il est formé de ganglions moins gros et ne va pas en arrière jusqu'au rectum. On trouve ici, et même mieux de ce côté qu'à gauche, des ganglions situés en dehors de l'artère iliaque primitive, et les ganglions les plus éloignés sont accolés à la veine iliaque interne.

Le rectum est adhérent à la partie supérieure de la vessie et ne peut en être séparé par la dissection. La surface d'adhérence est large de 3 centimètres environ et siège juste sur la ligne médiane au niveau de la partie moyenne de l'anse sigmoïde.

Au-dessous on peut passer le doigt dans le cul-de-sac péritonéal entre le rectum et la vessie.

Examen histologique : cancer (Molz).

OBSERVATION LVI (Pasteau¹).

La nommée L..., veuve B..., âgée de quatre-vingt-un ans, entrée le 26 mars 1897 à l'hôpital Necker, salle Laugier, n° 19, service de M. le professeur Guyon.

Depuis quinze ans, la malade souffre de la vessie. Les mictions sont fréquentes et douloureuses. Depuis dix ans environ, il y a des hématuries à intervalles éloignés et revenant sans cause. Pendant l'année 1896 il y a eu 6 ou 7 hématuries.

En décembre, les douleurs ont beaucoup augmenté, les mictions se font dix fois le jour et autant la nuit. A son entrée à l'hôpital, le besoin d'uriner se fait sentir tous les quarts d'heure, les urines sont troubles et fétides.

Il n'y a pas eu d'hématurie depuis quatre mois.

La vessie contient 160 grammes. Le toucher vaginal montre que ses parois sont épaisses.

On ne sent pas de ganglions dans les fosses iliaques.

La malade meurt cachectique le 7 avril.

Autopsie². Vessie : gros néoplasme, non profondément ulcéré, en voie de désagrégation avancée, infiltré profondément, mais ne dépasse pas cependant l'épaisseur de la paroi. Il occupe la partie latérale droite et postérieure de la vessie, entourant complètement l'orifice de l'uretère. Sur le reste de la muqueuse on trouve des nodules rougeâtres, avec de très nombreuses petites plaques grisâtres, irrégulières, d'aspect pseudo-membraneux.

Uretère gauche, rein gauche normaux.

¹ Pasteau, obs. CXXV, inédite, p. 210.

² Musée de Necker, pièce n° 481.

Uréter droit légèrement dilaté, de même que le rein, mais pas de lésion appréciable.

Il existe quelques ganglions, rares d'ailleurs et d'un volume qui n'excède pas celui d'une petite noisette, le long des vaisseaux pelviens à droite; ganglions iliaques internes jusqu'à la bifurcation de l'iliaque primitive; ganglions iliaques externes à 3 centimètres au-dessous de leur origine.

Examen histologique de la tumeur : cancroïde (Motz).

CHAPITRE VI

GANGLIONS ET LYMPHATIQUES DE LA VESSIE

Etant donné l'existence de cancers latents et la possibilité d'en faire le diagnostic par l'engorgement ganglionnaire iliaque, après les nombreuses observations dans lesquelles, soit cliniquement, soit à l'autopsie, on a rencontré ces adénopathies, il nous semble que, de tous ces faits, doit découler une nouvelle preuve en faveur de l'existence des lymphatiques de la vessie.

Deux facteurs sont, en effet, en jeu : d'une part l'existence du cancer, qui n'est pas niable, et, d'autre part, l'adénopathie qui ne s'est pas produite toute seule. Or, comment expliquer ce retentissement de la maladie sur les ganglions si l'on n'admet pas une voie de communication. A notre avis, entre le cancer et le ganglion, les vaisseaux blancs doivent servir de trait d'union.

M. Albarran semble émettre sous une autre forme la même opinion.

« Les auteurs, dit-il¹, admettent rarement que les néoplasmes de la vessie donnent lieu à l'infection gan-

¹ Albarran, *loc. cit.*, p. 61.

glionnaire. Cette vie toute locale, même des tumeurs malignes, des vrais cancers, est expliquée par ce fait que la vessie ne possède pas de lymphatiques. C'est du moins le professeur Sappey¹, un des plus autorisés pour parler de la circulation lymphatique, qui l'affirme lorsqu'il dit que « pour lui, aucun fait n'existe confirmant la présence des vaisseaux blancs, et que tous les troncs qu'on rencontre sur la face externe du viscère proviennent, soit de la prostate, soit des vésicules séminales ». Ne possédant pas de lymphatiques, la propagation ganglionnaire n'est à craindre que lorsque le néoplasme atteint le tissu cellulaire sous-péritonéal.

« J'avoue n'être pas convaincu par ces arguments, ajoute M. Albarran.

« S'il est démontré que la vessie n'absorbe pas les solutions salines lorsque son épithélium est intact, il est également démontré que l'absorption se fait lorsque cet épithélium est altéré, et ces expériences viennent, plutôt qu'elles ne l'infirmement, confirmer l'existence des lymphatiques dans la muqueuse vésicale.

« D'un autre côté, je ferai remarquer que le derme de la muqueuse vésicale est fait de tissu conjonctif, que le muscle vésical fonctionne comme tous les autres muscles, et que nier théoriquement les lymphatiques de la vessie, c'est renverser du même coup toute l'histologie moderne du tissu conjonctif, dont les espaces plasmatiques communiquent avec les lymphatiques, et

¹ Sappey, *Traité d'anat. descriptive*, 1874, IV, p. 535.

c'est remettre en question toute la physiologie de la substance musculaire. »

Après ce qui vient d'être énoncé, il nous semble rationnel d'affirmer à nouveau l'existence des vaisseaux blancs de la vessie, aussi terminerons-nous cette étude du cancer latent par quelques considérations sur les lymphatiques et les ganglions vésicaux.

Après les nombreux travaux de ces dernières années il était difficile de trouver du nouveau sur la question, aussi nous contentons-nous de la résumer en faisant de larges emprunts à l'étude si remarquable de M. Pasteau¹.

Il n'y a pas très longtemps qu'à la suite de M. le professeur Sappey, il était classique en France de répéter que la vessie est totalement dépourvue de vaisseaux lymphatiques.

Telle n'était pourtant pas l'opinion des savants étrangers. « Dès 1861, dit M. Pasteau, Teichmann² avait réussi à injecter de nombreux lymphatiques sur certains points de la face interne de la vessie, et, après lui, les auteurs allemands tels que Luschka³, Hoffmann⁴, Krause⁵ et plus récemment Stöhr⁶, avaient tous déclaré qu'il existe des lymphatiques vésicaux, plus ou moins difficiles à mettre en évidence, il est vrai, mais dont la présence ne peut être cependant contestée. »

¹ Pasteau, th. Paris 1893.

² Teichmann, *Der Saugadersystem*, Leipzig, 1861, p. 99.

³ Luschka, *Anat. des org. abdominaux*, p. 238.

⁴ Hoffmann, *Etude sur l'anat. de l'homme*, Erlangen 1877,

⁵ Krause, *Anat. générale et microscopique*, 1876, p. 248.

⁶ Stöhr, *Manuel technique d'histologie*, trad. fr. 1890, p. 265.

Tous sont d'avis que le calibre de ces lymphatiques est deux fois plus gros au niveau du trigone que sur les parois latérales. Englisch¹ dit même que dans la muqueuse, ils forment un réseau double.

M. et M^{me} Hoggan², en Angleterre, ont fait également des recherches intéressantes sur la question. Ils ont étudié surtout les lymphatiques de la muqueuse vésicale. Ils les ont vus nombreux, surtout au niveau du trigone, s'entremêler aux vaisseaux sanguins, traverser la couche musculaire, et, dans le tissu sous-péritonéal, se diriger soit du côté de l'ouraque, soit du côté du col.

M. Albarran, en France, et à sa suite d'autres élèves de M. le professeur Guyon, comme M. Pasteau, se livrèrent à cette étude des lymphatiques vésicaux, et dès lors, anatomistes et chirurgiens furent d'accord sur leur existence.

Il y a des lymphatiques dans la vessie; étudions-les successivement, suivant les différentes couches qu'on rencontre en partant de l'intérieur; nous verrons ensuite le point où ils aboutissent.

D'après certains anatomistes, Boyer³; Cruveilhier⁴, entre autres, il existerait partout un réseau spécial lymphatique; soit dans la muqueuse, soit dans la sous-muqueuse.

D'après M. Pasteau⁵, « on ne peut admettre une

¹ Englisch, in EULENBURG, *Encyclopedie der gesammten Heilkunde*, 1880.

² Hoggan, *Journal of anat. and. physiol.*, 1881, XV, p. 354.

³ Boyer, *Traité complet d'anat.*, IV, p. 492.

⁴ Cruveilhier et Sée, *Traité d'anat. descriptive*, 1877, II, p. 349.

⁵ Pasteau, *loc. cit.*, p. 30.

opinion aussi ferme. Ce qu'on trouve dans la sous-muqueuse et à peu près partout, ce sont des branches vasculaires en forme d'anses plus ou moins régulières, ce sont des vaisseaux qui semblent sortir de la couche musculaire pour y rentrer aussitôt.

« Ce réseau sous-muqueux est surtout développé en certains points, où les branches qui le forment sont plus longues, plus volumineuses, et s'anastomosent entre elles. Ces régions spéciales sont situées au niveau de la paroi postérieure du bas-fond de la vessie et plus en avant au niveau des uretères. Rauber¹ l'a d'ailleurs parfaitement démontré.

« Sur les parois latérales de la vessie le calibre des lymphatiques vient même jusqu'à diminuer de moitié. Tout le monde est d'accord pour dire qu'on n'a pas pu, dans la muqueuse vésicale, trouver de lymphatiques propres. »

En disant « tout le monde », M. Pasteau nous semble s'être un peu trop avancé.

Voici, en effet, ce que dit M. Albarran² dans son *Traité des tumeurs de la vessie* : « Avec le Dr Suchard nous avons essayé, sans y réussir d'ailleurs, d'injecter au bleu de Prusse (procédé Ranvier) les lymphatiques de la muqueuse ; mais, sur un chien et un cobaye, nous avons pu, en poussant l'injection dans la couche musculaire, colorer un ganglion situé un peu au-dessous de la bifurcation de l'iliaque primitive. M. le Dr Lluria et

¹ Rauber, *Lehrbuch der anatomia des Menschen*, Leipzig, 1892. S. 671.

² Albarran, *loc. cit.*, p. 34.

moi, nous avons essayé d'imprégner au nitrate d'argent les lymphatiques de la muqueuse d'une fillette de seize mois, en recourant à un procédé analogue à celui de Hoggan.

« Nous avons alors constaté un beau réseau lymphatique, plus abondant toutefois au niveau du trigone ; on distinguait également un réseau sur la paroi postérieure de la vessie.

« Avec M. Lluria nous avons fait également des préparations de lymphatiques sur la muqueuse du chien. Ces faits me semblent démontrer que *dans la muqueuse vésicale de l'homme il existe des lymphatiques comme dans toutes les muqueuses*. Ce réseau est plus abondant au niveau du trigone, et se réunit aux lymphatiques musculaires plus considérables, pour aller aboutir, au moins en partie, aux ganglions qui se trouvent le long de l'artère hypogastrique. »

D'autre part, M. Gerota¹, en 1897, écrit que les lymphatiques de la vessie doivent être divisés en deux catégories : *ceux de la muqueuse* et ceux de la musculuse.

Ceux de la muqueuse sont surtout développés au trigone, mais il a pu injecter un réseau de lymphatiques très riche sur une des parois latérales.

Il ajoute que ces lymphatiques communiquent avec ceux de l'urètre.

Jusqu'à preuve du contraire, nous affirmerons donc l'existence de vaisseaux blancs dans la muqueuse vési-

¹ Gerota, *Anat. Anz.* XII, 4 et 5, p. 89, résumé dans *Ann. org. gén.-urin.*, 1897, p. 108.

cale, de même que nous les admettons pour la sous-muqueuse. Les lymphatiques en anses situés dans la couche musculuse de la vessie et qui ont des rapports immédiats avec le réseau sanguin, émettent en effet à la face profonde de la muqueuse une série de bourgeonnements plus ou moins volumineux, comme de véritables culs-de-sac dilatés, qui constituent les ramifications les plus fines des lymphatiques dans la paroi vésicale.

Ce réseau lymphatique de la sous-muqueuse disparaît d'ailleurs rapidement dans la couche musculuse de la paroi vésicale.

Là, en effet, on trouve un réseau de vaisseaux blancs assez importants. Ils naissent dans les couches les plus superficielles de cette tunique, par des réseaux très délicats qui se réunissent en troncs, pour suivre les côtés de la vessie en entamant les artères ombilicales. C'est là du moins ce que prétend M. Gérota.

D'après M. Pasteau, ces lymphatiques de la musculuse peuvent être divisés, au point de vue de leur direction, en deux catégories : les uns, sinueux, cheminent entre les fibres musculaires en formant une sorte de lacis ; quant aux autres, à peu près rectilignes, ils traversent verticalement toute l'épaisseur de la couche musculaire. Ces différents vaisseaux blancs servent de déversoirs pour les lymphatiques de la sous-muqueuse.

Nous arrivons enfin aux lymphatiques sous-péritonéaux, qui pendant longtemps ont été décrits comme constituant les seuls lymphatiques de la vessie. Leur volume assez considérable, en effet, expliquait assez cette manière de voir, car ils mesurent de 0,3 de millimètre à 1 millimètre environ.

« Dès 1687, dit M. Pasteau, Zeller¹ a signalé leur existence. Cruikshank², en 1787, déclare que dans les deux sexes il existe des troncs lymphatiques accompagnant les différentes veines de la vessie sur les côtés à droite et à gauche. Enfin, Mascagni³ figure les radicules lymphatiques sur les parois postérieures et latérales de la vessie.

« Mais toutes ces recherches passèrent inaperçues jusqu'au travail de Portal⁴. Cet auteur admit l'existence de lymphatiques dans le tissu sous-péritonéal de la vessie, et son opinion devint classique. »

Tous les auteurs modernes tels que Henle⁵, Cruveilhier⁶, Testut⁷, sont d'accord sur l'existence de ces lymphatiques.

En résumé, l'existence des lymphatiques vésicaux est démontrée par l'anatomie normale et comparée⁸.

Les lymphatiques propres à la muqueuse siègent surtout abondamment au niveau du trigone.

Les lymphatiques de la sous-muqueuse se rencontrent dans les parties les plus profondes de cette couche jusqu'au contact de la couche musculaire.

Les lymphatiques de la musculuse, moins volumineux que les précédents, serpentent entre les faisceaux musculaires ou traversent de façon rectiligne toute la paroi.

¹ Zeller, *Dissertatio Anatomica*, etc, Inbingen, 1687.

² Cruikshank, *Anat. des vaisseaux absorbants*, 1787, p. 304.

³ Mascagni, *Vasorum lymphaticorum*, 1787, p. 44.

⁴ Portal, *Cours d'anat. méd.* 1803, IV, p. 490.

⁵ Henle, *Handbuch der systematisch Anatomia des Menchen*,

⁶ Cruveilhier, *loc. cit.*

⁷ Testut, *Traité d'anat.*, t. III, p. 427. 1885.

⁸ Pasteau, *loc. cit.*, p. 37.

Quant aux lymphatiques de la couche sous-péritonéale, troncs collecteurs pour la plupart, ils descendent vers la région du col, sur la face antérieure ou postérieure de l'organe. Il y en a pourtant quelques-uns qui semblent se diriger vers le sommet de la vessie, du côté de l'ouraque.

Après avoir vu les lymphatiques de la vessie, examinons les différents ganglions où ils aboutissent.

La question n'est pas des plus claires. Il y a unanimité des auteurs pour dire que les vaisseaux blancs de la vessie vont se terminer dans des ganglions, mais où les divergences commencent, c'est lorsqu'il s'agit de préciser ces ganglions ; aussi les conclusions sont-elles des plus vagues.

« Tandis que Cruikshank, Mascagni, Portal, Lauth¹, Vidal de Cassis², dit M. Pasteau, déclarent que les lymphatiques vésicaux vont dans les ganglions pelviens, d'autres auteurs comme Bichat³, Gavard⁴, Cloquet⁵, Huschke⁶, Beaunis et Bouchard⁷, les Hoggan, disent qu'ils se rendent dans les ganglions hypogastriques. »

Cette dernière opinion semble appuyée sur des recherches nombreuses, mais, remarque importante à

¹ Lauth, *Nouveau Manuel de l'anatomiste*, 1835, p. 529.

² Vidal de Cassis, *Traité de path. externe et de méd. opér.* 1855, IV, p. 692.

³ Bichat, *Anat. générale*, 1803, IV, p. 453.

⁴ Gavard, *Traité de splachnologie*, 1809, p. 468.

⁵ Cloquet, *Manuel d'anat. descriptive* 1825, p. 500.

⁶ Huschke, *Traité de splachnologie*, 1845, p. 318.

⁷ Baunis et Bouchard, *Nouveaux Eléments d'anat. descriptive et embryologie*, p. 822.

faire, très peu d'auteurs affirment avoir constaté eux-mêmes des résultats.

Cependant, quelques-uns entrent dans plus d'explications.

C'est ainsi que Lauth, parlant des vaisseaux qui partent des glandes pelviennes en général, dit qu'ils accompagnent les ramifications de l'artère hypogastrique et vont se jeter dans les ganglions iliaques. Cloquet dit que les ganglions hypogastriques se continuent en dedans avec un plexus situé sur le milieu du sacrum, et en haut avec le plexus lymphatique de la région lombaire.

Ces quelques assertions ne jettent pas beaucoup de clarté sur les ganglions dans lesquels vont aboutir les troncs afférents de la vessie, d'autant plus que ces ganglions sont en rapport avec les plexus collectant la lymphe de tous les organes du petit bassin.

Cependant, il ne faut pas désespérer, car, comme le dit M. Pasteau, on est arrivé à des résultats précis.

« Plusieurs anatomistes, parmi lesquels Mascagni, se rencontrent pour dire qu'il existe sur les côtés de la vessie, sous le péritoine, une série de petits ganglions assez constants, qui correspondent au trajet des artères ombilicales. Ces ganglions, qui se trouvent en général sur la bifurcation des vaisseaux, sont plus particulièrement accolés aux parois vésicales. Ils semblent appartenir en propre à la vessie et constituent les *ganglions latéraux de la vessie*.

« Gerota, d'autre part, a appelé l'attention sur un ou deux petits ganglions qu'on trouve à la face antérieure de la vessie et, qu'avec Waldeyer, il nomme *ganglions vésicaux antérieurs*.

« Les recherches récentes de Sappey l'ont amené à dire que certains lymphatiques ne vont pas aux ganglions hypogastriques, car, à la suite d'injections, il les a vus se terminer dans les ganglions situés au-dessous des vaisseaux iliaques externes, à l'union de la paroi antérieure avec les parois latérales de l'excavation du bassin, ou bien dans les ganglions qui longent le côté inférieur de la veine iliaque externe. »

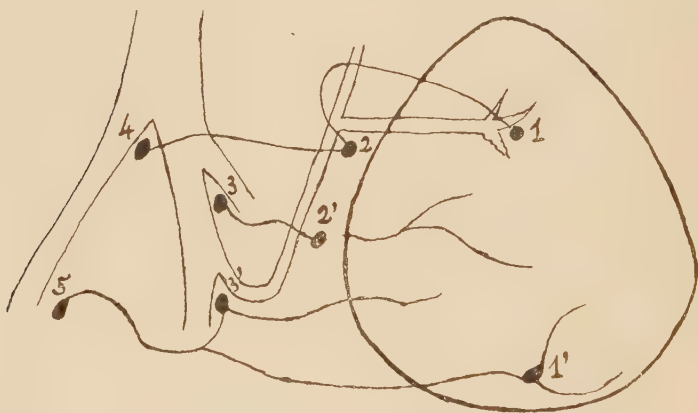


FIG. 1. — *Ganglions lymphatiques de l^e vessie.*
(Schéma d'après la figure 11 de la thèse de M. Pasteau),

1	Ganglions vésicaux antérieurs	3, 3'	Ganglions iliaques internes.
2, 2'	— — latéraux.	4, — —	primitifs.
		5, — —	externes.

M. Pasteau a injecté un ganglion situé avant la bifurcation de l'artère iliaque primitive droite.

MM. Albarran et Suchard, comme nous l'avons déjà fait remarquer dans notre thèse plus haut (p. 163), ont pu, en poussant une injection dans la couche musculuse de la vessie d'un chien, colorer un ganglion

situé un peu au-dessous de la bifurcation de l'iliaque primitive.

M. Gerota admet également que les troncs afférents des ganglions vésicaux latéraux et antérieurs vont aboutir sur les parois latérales du bassin, à un ganglion situé immédiatement au-dessous de l'artère iliaque externe, ou bien à un ganglion situé au-dessous du point de division principale de l'artère hypogastrique.

En résumé, la conclusion à tirer de toutes ces recherches est qu'il existe des lymphatiques vésicaux se rendant à des ganglions situés sous la veine iliaque externe ou le long de l'artère ombilicale. Ces ganglions sont les ganglions vésicaux latéraux, d'ailleurs peu importants.

Mais c'est surtout le long des vaisseaux iliaques internes et de leurs branches et jusqu'à la bifurcation des vaisseaux iliaques primitifs que se trouvent les ganglions, terminaison normale des lymphatiques de la vessie.

CONCLUSIONS

I. Le cancer de la vessie (du plancher vésical le plus souvent) peut évoluer longtemps sans donner lieu à aucun des signes bien typiques de cette affection. *C'est le cancer latent de la vessie.*

II. On fait souvent le diagnostic de cystite chronique, de rétention ou d'hypertrophie prostatique, et on ne prend pas garde au néoplasme qui se dissimule derrière ces affections.

III. Il est possible cependant de soupçonner l'existence d'un cancer latent de la vessie, par des *masses ganglionnaires faisant à un moment donné leur apparition dans les fosses iliaques* d'un urinaire qui se cachectisait sans cause bien précise, et chez lequel un examen attentif n'avait rien fait découvrir de net comme lésion vésicale.

IV. Cliniquement, on peut se rendre compte, parfois assez aisément, de cette adénopathie iliaque, quand on est prévenu de son existence possible et qu'on la recherche avec soin.

V. L'adénopathie iliaque, que nous indiquons comme moyen de diagnostic, n'est pas une rareté. On l'a rencontrée un certain nombre de fois cliniquement; souvent elle n'a été trouvée que très tardivement, ou même seulement à l'amphithéâtre.

VI. Cette adénopathie peut donner lieu par elle-même à des accidents spéciaux, compression des nerfs et des veines du bassin surtout (douleurs dans le membre inférieur, dans la sphère du crural surtout; phlébite, etc.)

VII. L'engorgement ganglionnaire iliaque est sous la dépendance directe de la tumeur vésicale maligne. Les vaisseaux blancs servent de trait d'union. La vessie possède en effet des lymphatiques, et l'adénopathie iliaque cancéreuse en est une nouvelle preuve.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
OLLIER

Vu :

POUR LE DOYEN,
L'ASSESEUR,
LACASSAGNE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION,
LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
E. CAILLEMER

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ADENOT, D'une complication très rare des tumeurs de la vessie. Propagation d'une tumeur vésicale à toute la longueur du canal de l'urètre et aux corps caverneux. (*Ann. mal. organ. gén.-urin.*, 1895, p. 621; *Lyon médical*, 1895, 3 nov., p. 310.)
- ALBARRAN, *Traité des tumeurs de la vessie*, Paris, 1891.
- ARMITTAGE, in THOMPSON, *The diseases of the prostate gland*. London, 1861, p. 272; cité in JOLLY, *Arch. gén. de méd.*, 1869, 6^e série, XIII, p. 715.
- BEAUNIS et BOUCHARD, *Nouv. Élém. d'anat. descriptive et d'embryologie*, p. 822.
- BELIN, *Adénopathies externes à distance dans le cancer viscéral* (thèse Paris, 1887-88, n° 94).
- BERGEON, Cancer de la vessie. Tumeur développée sur la partie latérale droite, comprimant fortement le nerf sciatique contre la grande échancrure de même nom et soulevant les dernières paires lombaires. Grande dilatation des uretères. Diagnostic difficile. Mort subite. (*Bull. Soc. Anat.*, 1831, janvier, n° 6, p. 127, 1^{re} série, 1830.)
- F. BEZANÇON et MARCEL LABBÉ, Recherches sur la structure des ganglions lymphatiques (*Bull. Soc. Anat.*, 27 mai 1898, p. 406).
- BICHAT, *Anat. génér. appliquée à la méd. et à la chir.*, 1803, IV, p. 453.
- BILLROTH, *Éléments de pathologie chir. génér.* Edition française, traduction par CULMANN et SENDEL, 1868, p. 789.

- BOUILLY, *Manuel de pathologie externe*, IV, p. 86.
- BOYER, *Tr. complet d'anat.*, 1809, IV, p. 492.
- BRAULT, *Cancer latent de la vessie avec généralisation au foie* (obs. XV, thèse Lafon, Paris, 1898, p. 40).
- BROCA, Sur l'invasion des ganglions lymphatiques. (*Traité des tumeurs*, 1866, p. 263.)
- BRUHL, Tumeur de la vessie. Boutonnière périnéale. Expulsion spontanée de la tumeur. Guérison. (*Progrès médical*, 18 sept. 1886, n° 38, p. 773, 2^e série, t. IV.)
- CHAMBARD, Carcinome primitif de la vessie; dilatation des uretères. Lésions rénales, néphrite interstitielle, rein atrophique, rein chirurgical. Examen microscopique (*Bull. soc. anat.*, novembre 1876, p. 640).
- CIVIALE, *Traité des affections calculeuses*, 1838, p. 329.
- *Mal. des org. gén.-urin.*, 1848, t. III, p. 85, 87, 88, 96, 97.
- CLOQUET, *Manuel d'anat. descriptive du corps humain*, 1825, p. 500.
- H. COOTES, Cancerous infiltration of the penis, with secondary deposition, other parts. *Med. chir. trans.*, 1864, p. 1.
- CROUS Y. CASELLAS, *Rivista del ciencias medicas*, Barcelone, 1878, p. 445.
- CRUIKSHANK, *Anat. des vaisseaux absorbants du corps humain*, traduction PETIT RADEL, 1787, p. 304.
- CRUVEILHIER et SÉE, *Manuel d'anat. descriptive*, 1876, II, p. 349.
- DESNOS, *Traité élémentaire des voies urinaires*, 1890, p. 346 et 668.
- DUPLAY, Cancer latent (fungus cancéreux) de la vessie (*Gaz. méd. de Paris*, 1849, p. 353).
- DUPLAY et RECLUS, *Traité de chirurgie*, t. VII, p. 657, 1073.
- EULENBURG, *Encyclopédie der gesammten Heilkunde*, Vienne et Leipzig, 1880, p. 10.
- FAURE, De l'importance des douleurs irradiées et des douleurs à distance dans le diagnostic et le pronostic du cancer (*Gaz. heb. méd. et chir.*, 16 février 1895, p. 77).
- FÉRÉ, Mémoire couronné (prix Civiale, 1881), *du Cancer de la vessie*, Paris, 1881.

- FINCK, *du Traitement du cancer de la vessie chez l'homme* (th. Lyon, 1896).
- FLURIN, Cystite avec rétention. Cancer de la vessie trouvé à l'autopsie (*Bull. Soc. anat.*, janvier 1863, p. 2).
- GAVARD, *Tr. de splachnologie*, 1809, p. 468.
- GEROTA, Ueber die Lymphgefäße und die Lymphdrüsen der Nabelgegend und der Harnblase (*Anatomischer Anzeiger*, 1896, XII, n° 4 et 5, p. 89).
- Ueber die Anatomie und Physiologie der Harnblase (*Arch. f. anat. und physiol.*, 1897, p. 408).
- DE GENNES et M. V. GRIFFON, Cancer latent de la vessie ayant entraîné une hydronéphrose bilatérale chez un homme qui ne présenta que des signes de brightisme (*Ann. mal. org. gén. urin.*, 1899, p. 320; *Bull. Soc. anat.*, juillet 1898, p. 511).
- GUIARD, Du diagnostic des néoplasmes vésicaux (*Arch. gén. de méd.*, 1891, p. 269, 441).
- GUYON, *Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate*, Paris 1888, p. 236, 274.
- Sur le diagnostic et le traitement des tumeurs de la vessie (*Cong. fr. chir.*, 1896, p. 569, *Ann. mal. org. gén.-urin.*, 1886, p. 515, 651, 653, 662, 664).
 - Quelques remarques cliniques et anatomo-pathologiques sur les néoplasmes infiltrés de la vessie (Leçon recueillie par NOGUÈS et O. PASTEAU, *Ann. mal. org. gén.-urin.*, 1897, mars, p. 227).
 - *Diagnostic des affections chirurgicales des reins*, Paris 1891, p. 7.
- N. HALLÉ, Leucoplasies et cancroïdes dans l'appareil urinaire (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, 1896, p. 481 et 577).
- HENLE, *Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen*, 1876.
- HOFFMANN, *Etude sur l'anat. de l'homme*, Erlangen, 1877, p. 624.
- G. et EL HOGGAN, On the comparative anatomy of the lymphatics of the mammalian urinary bladder (*Jour. of anat. and physiol.*, 1881, XV, p. 354.)

- HOLMÈS, *Trans. of pathol.*, 1853, XII, p. 182.
- F. A. HUE, Cancer encéphaloïde de la vessie? Pyélonéphrite; urémie, mort. (*Bull. Soc. anat.*, 28 mai 1880, p. 393.)
- HUSCHKE, *Tr. de splanchnologie et des organes des sens* (traduction JOURDAN), 1845, p. 318.
- JACCOUD, *Cliniques médicales de la Pitié* 1885-1886, Paris 1887.
- JOLLY, A propos de l'observation d'Armittage (*Arch. gén. de méd.*, 1869, p. 715, 6^e série, XIII).
- KRAUSE, *Allgemeine und mikroskopische Anatomie*, Hanovre, 1876, p. 249.
- E. KUSTER, Ueber Harnblasengeschwülste und deren Behandlungen (*Volkmann Sammlung klinischen Vorträge*, 1886, p. 2359).
- Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, XX Kongress, Avril 1891 (*Centralbl. f. Chirurgie*, 1891, n^o 26, p. 133).
- *Berlin klin. Woch.* 1891, p. 476.
- LACAZE-DORI, *Recherches sur le cancer de la vessie* (th. Paris, 1859).
- M. LAFON, *de la Généralisation et de l'absence des symptômes urinaires dans les tumeurs de la vessie* (th. Paris 1897-1898).
- LALLEMAND, in CIVIALE, *Mal. des org. gén.-urin*, Paris, 1848, t. III, p. 87.
- E. A. LAUTH, *Nouveau Manuel de l'anatomiste*, 1835, p. 529.
- LEBERT, *Traité des tumeurs*, II, p. 366.
- LE DENTU et DELBET, *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, Paris, 1896, t. I, p. 408.
- *Id.*, t. IV, p. 523.
- LUSCHKA, *Anatomie des organes abdominaux*, Leipzig, p. 238.
- MASCAGNI, *Vasorum lymphaticorum corporis humani Historia et iconographia*, 1787, p. 44.
- MORESTIN, Cancer fruste de la vessie (*Bull. Soc. anat.*, 1^{er} juillet 1898; th. Lafon, obs. XVIII, Paris 1897-1898).
- NICOLICH, *Rivista di scienze mediche* 1889 et *Ann. mal. org. gén.-urin.*, 1890, p. 241.

- NOGUÈS, Néoplasme vésical infiltré. Hématuries peu abondantes ne survenant que tardivement (*Ann. mal. org. gén.-urin.* avril 1897).
- PASTEAU, *Etat du système lymphatique dans les maladies de la vessie et de la prostate* (th. Paris, 1898-1899).
- PHILIPPART, Cancer primitif de la vessie (*Bull. acad. roy. méd. Belgique*, 3^e série, XII, 1878, p. 251).
- PORTAL, *Cours d'anatomie médicale*, 1803, III, p. 490.
— *Id.*, V, p. 402.
- POUSSON, de *l'Intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes* (th. Paris 1884, p. 31, vol. XVII).
- RANKING, Case of encephaloid cancer of the bladder. Whith remarks on the semeiotic value and treatment of hematuria (*Brit. med. journal*, 1863, II, p. 209).
- RAUBER, *Lehrbuch der Anatomie des Menschen*, Leipzig, 1892, Bd. I, 4 aufl., S., 67.
- ROCHET, *Chirurgie de l'urètre, de la vessie, de la prostate*, 1895.
— *Traité de la dysurie sénile et ses complications*, 1898.
- ROLLIN, *Contribution à l'étude de l'hématurie dans les néoplasmes de la vessie* (th. Paris, 1885).
- SAPPEY, *Anatomie descriptive*, 1874, IV, p. 538 et 667.
— *Anatomie, physiologie, pathologie des vaisseaux lymphatiques considérés chez l'homme et chez les vertébrés*, Paris 1874, p. 134.
- SOUPAULT et Marcel LABBÉ. — Étude sur la valeur diagnostique et pronostique des adénopathies dans le cancer épithélial (*Gazette des Hôpitaux*, 1899, n° 86, p. 793).
— Étude sur les altérations et le rôle des ganglions lymphatiques dans le cancer épithélial (travail des laboratoires de MM. les professeurs Debove et Landouzy) (*Revue de médecine*, t. XX, n° 1, janvier 1900, p. 17; n° 2, février 1900, p. 153).
- STÖHR, *Manuel technique d'histologie* (traduction française TOUPET et CRITZMANN, 1890, p. 265).

TEICHMANN, *Der Saugadersystem vom anatomische Standpunkte bearbeitet*, Leipzig, 1861, p. 99.

TESTUT, *Traité d'anatomie humaine*, 3^e édition, t. III, p. 427.

THIERRY, Cancer de la face latérale droite de la vessie comprimant l'uretère droit. Absence congénitale du rein et de l'uretère gauches. Phénomènes urémiques (*Bull. Soc. anat.*, 1888, p. 308).

VIDAL DE CASSIS, *Traité de pathologie interne et de médecine opératoire*, 1855, IV, p. 692.

VOILLEMIER et LE DENTU, *Traité des maladies des voies urinaires*, 1881, II, p. 410 et 439.

ZELLER, *Dissertatio anatomica de vasorum lymphaticorum administratione*, Tubingen, 1687.

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — De l'hématurie, grand symptôme des tumeurs de la vessie	9
CHAPITRE II. — De l'existence de cancers latents	17
Tableau des observations de cancers latents	21
CHAPITRE III. — Moyen de diagnostiquer le cancer latent	84
CHAPITRE IV. — Adénopathie iliaque constatée clinique- ment au cours de cancers vésicaux	99
Tableau des observations	103
CHAPITRE V. — Adénopathie iliaque constatée à l'amphi- théâtre au cours de cancers vésicaux	120
Tableau des observations	124
CHAPITRE VI. — Ganglions et lymphatiques de la vessie .	159
CONCLUSIONS.	169
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	171

